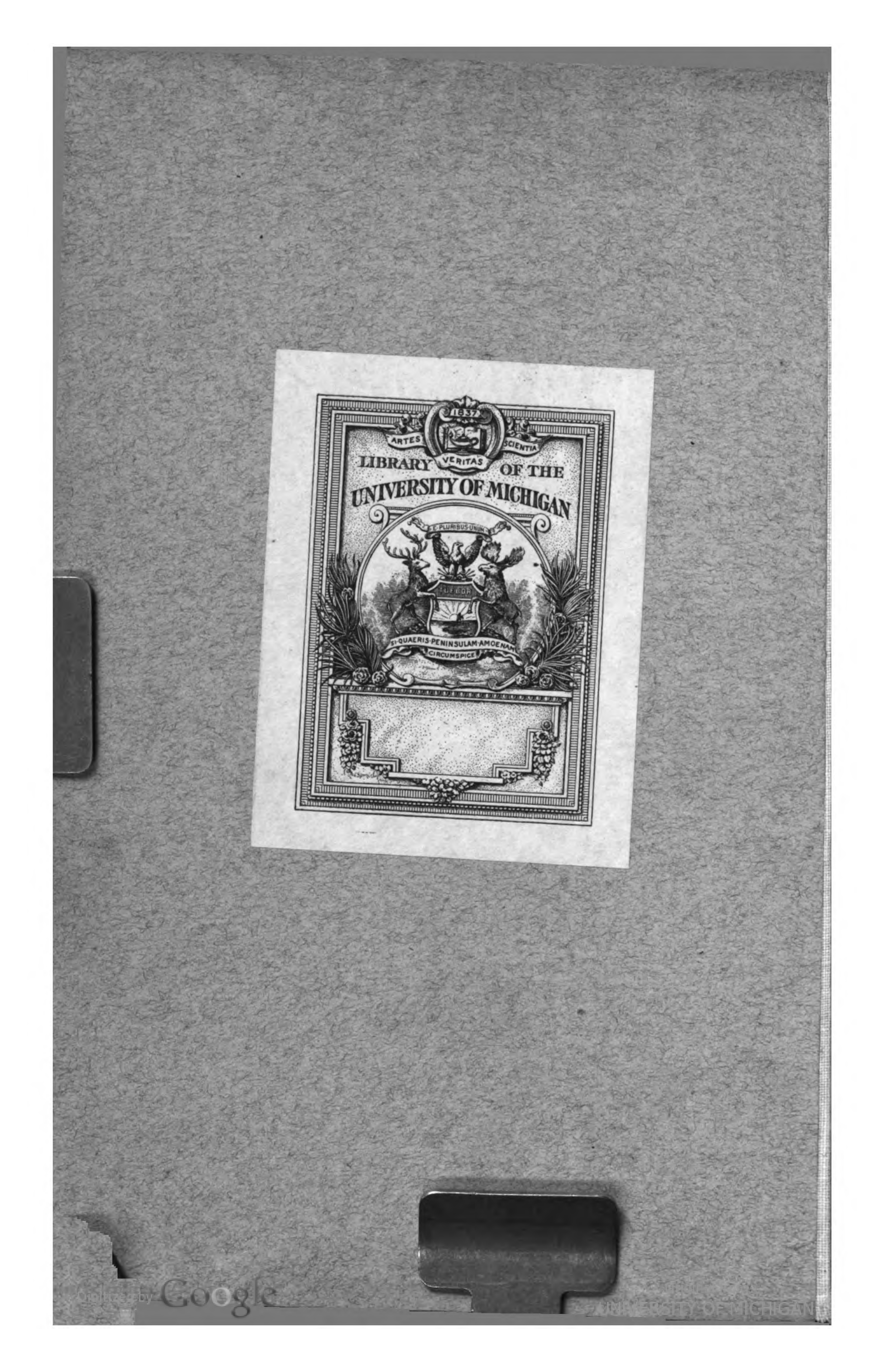
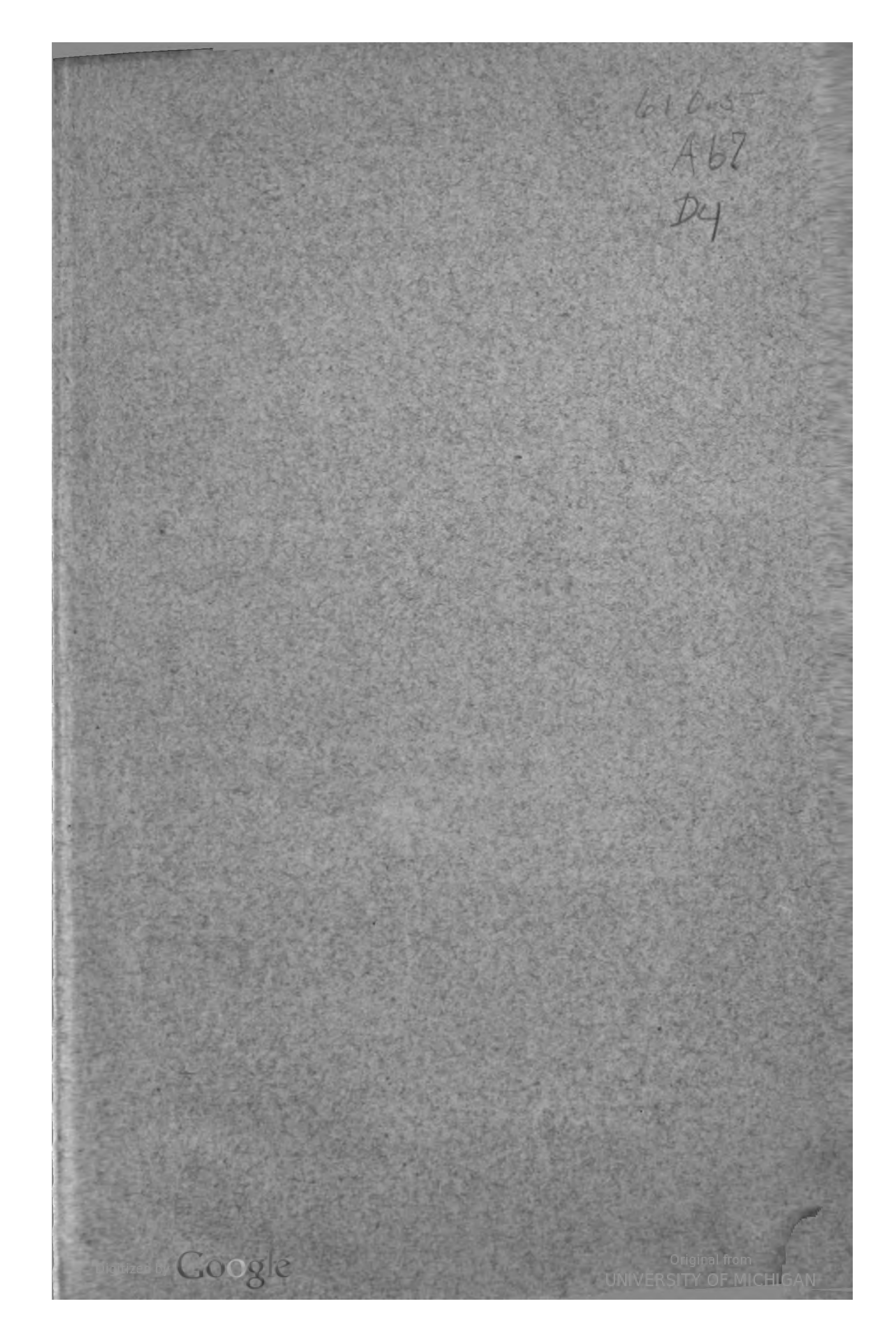

1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Prof. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Prof. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Prof. RILLE, Prof. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHUMACHER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg; Prof. Doutrelepont, Bonn; Prof. Kaposi, Wien; Prof. Lesser, Berlin; Prof. Neisser, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Vierundfünfzigster Band.



Mit zwanzig Tafeln.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1900.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.

Inhalt.

Original-Abhandlungen.



Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Originalabhandlungen.



Das Syringocystom.

Von

Hofrath Prof. Dr. **J. Neumann** in Wien.

(Hiezu Taf. I—III.)

Eine seltene und nur von wenigen bisher gekannte Hautaffection ist das Syringocystom. Wenn wir in der Literatur Umschau halten, finden wir den ersten einschlägigen Fall bei Jaquet und Darier,[1]) welche die Affection als Hydradénomes eruptifs (epitheliomes adenoides des glandes sudoripares, adénomes sudoripares) bezeichneten. In diesem Falle hatten die als Schläuche erklärten Gebilde die Dicke eines Schweissdrüsenganges und waren nach verschiedenen Richtungen hin verzweigt; nicht wenige zeigten hirschgeweihförmige Verzweigung. Einen directen Uebergang dieser Schläuche in die Knäuel fanden diese Autoren nicht, wohl aber wurden sie durch die Lage dieser Gebilde zu einander im Zusammenhalt mit der Schnittrichtung bestimmt, einen Zusammenhang derselben anzunehmen. Die Gefässe waren intact, dagegen waren eine Bindegewebswucherung um Niveau der Geschwülste, desgleichen anatomische Veränderungen an den Haarbälgen, wie wir selbe später in unserem Falle beschreiben, vorhanden.

Török[2]) beschreibt die Krankheit als „Syringo-Cystadenom". Dieselbe zeigt histologisch sowohl mit unseren als mit dem Fall Jaquet-Darier in vielen wesentlichen Merkmalen Uebereinstimmung, aber auch nicht wenig beträchtliche Abweichungen. Eine Ramification der Canäle findet sich auch in Török's Fall

---

[1]) Das Syringo-Cystadenom. Monatsh. für prakt. Derm. 1889. 116.

[2]) Ebendaselbst.



so wenig, wie in unserem, die Gefässe fand er im Stratum reticulare erweitert. Betreffs der Bindegewebswucherung bemerkt er lediglich, dass die Bindegewebsfibrillen des Corium die Höhlen und Canäle, die keine Membrana propria besitzen, umkreisen. Török erklärt den von Jaquet-Darier behaupteten directen Uebergang des Ausführungsganges (der Drüsenknäuel) in die Geschwulstelemente als unwahrscheinlich und ausgeschlossen, dass die Geschwülste aus schon ausgebildeten Knäueldrüsen sich entwickelten, dass man es vielmehr hier mit einer Bildung zu thun habe, auf welche das Schlagwort verunglückte Knäueldrüsenanlage passe. Er leitet die Entstehung der Geschwülste von in die Cutis versprengten embryonalen Keimen der Knäueldrüsenanlage her. Die von Quinquaud[1]) „céllulome épithelial eruptif" benannte Affection hält dieser Autor für identisch mit der von Jaquet-Darier, negirt jedoch den Zusammenhang mit den Schweissdrüsen, theilt auch bezüglich der Entstehung der Geschwülste im Wesentlichen dessen Ansicht. Er erklärte die Affection als congenital.

Philippson[2]) beschreibt zwei Fälle, von denen der eine nach dem klinischen Befund für Colloidmilium spricht (E. Wagner), histologisch dagegen den gleichen Befund ergab, wie der zweite Fall, in welchem Unna die Diagnose Cystadenom der Schweissdrüsen stellte. Im ersten Fall waren an den unteren Augenlidern glatte, halbkugelige, hirsekerngrosse, durchscheinende Knötchen von derber Consistenz zu sehen, im zweiten war ausser einem hirsekorngrossen, an der correspondirenden Stelle des linken unteren Lides die Haut des Thorax an der Vorderfläche mit dunklen stecknadelkopfgrossen Knötchen übersäet. Am dichtesten sassen letztere zwischen Schlüsselbein und Brustwarze, in grossen Zwischenräumen unterhalb dieser, spärlicher an den Seiten der Brustwand bis zum Rippenbogen, vereinzelt an der vorderen inneren Fläche des Oberarmes und oberhalb der Clavicula. Viele waren von einem rothen Hofe umgeben und gelblich pigmentirt.

---

[1]) Congrès internat. de Dermatolog. et de Syphiligr. Paris, 1889. (1890.) 412.

[2]) Die Beziehungen des Colloidmilium (E. Wagner), der colloiden Degeneration der Cutis (Besnier) und des Hydradenom (Darier, Jaquet) zueinander. Monatshefte f. prakt. Derm. 1890. XI. 1.

Histologisch schildert Philippson die von Unna als Cystadenom erklärten Gebilde als im Bindegewebe vertheilte Cysten mit homogenem Inhalt und Anhäufungen von Zellen in Form von rundlichen Nestern und Zellzügen. Die Haarfollikel, Talg- und Knäueldrüsen wiesen keine Abnormität auf. Obschon die Cysten und Epithelhaufen sehr nahe an die Haarfollikel, an die Ausführungsgänge der Knäuel und an die letzteren selbst herantreten oder sie gar berühren, hat dieser Autor nirgends eine Verbindung gefunden. Nur einmal sah er von einem interpapillären Epithelzapfen aus einen Epithelzug sich eine Strecke weit ins Bindegewebe hinein erstrecken und den Uebergang in eine mit colloidem Inhalt versehene Cyste. Die Entstehung der Geschwülste leitet Philippson von embryonalen Keimen her. Einen Zusammenhang der Geschwulstelemente mit den Drüsen konnte er nicht constatiren, und da erstere auch im Baue mit den letzteren nicht übereinstimmten, erklärt er die Geschwülste als gutartige Epitheliome combinirt mit colloider Degeneration.

In dem von Petersen[1]) als „Knäueldrüsengeschwülste unter dem Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris" beschriebenen Fall waren von der verbreiterten Epidermis nach abwärts ziehende, solide, unten kolbig angeschwollene, einfache, zum Theil in grösserer oder geringerer Entfernung von der Oberfläche sich vorzweigende Zapfen von Hirschgeweihform zu sehen. Einzelne Zapfen lassen eine Lichtung erkennen und bilden hierdurch den Uebergang zu denjenigen, welche sich direct in die Canäle verfolgen lassen. Die dichtgedrängten Quer- und Längsschnitte der Zellstränge sind in ihrem ganzen Bau als Drüsengänge gekennzeichnet. Die Lichtung der Gänge war verschieden weit, von der Dicke einer Haarspalte bis zu der einer förmlichen Cyste, welche mit mehrschichtigem cubischen Epithel ausgekleidet ist, das nach dem Lumen der Cyste zerfallen ist, an einzelnen Stellen wieder fehlt, so dass hier die Wand nur von der Membrana propria gebildet wird. Als Inhalt findet sich körniger Detritus. Wo sich ein Ausführungsgang in directem Anschluss an ein Knäuel nachweisen liess, zeigte derselbe mässig starke Erweiterung, Ausbuchtungen, und kuppel-

[1]) Archiv für Dermatol. u. Syphilis. 1891. 119.

förmige Ansätze zur Knospenbildung. Petersen bringt den Process mit der Entwicklung der Knäueldrüsen in Zusammenhang, wahrscheinlich habe die Knäueldrüsen-Entwicklung eine Störung erfahren. Er glaubt, dass die Neubildung nicht von den fertigen Drüsen ausgehe, sondern als Folge einer Störung in der Entwicklung der Drüsen als eine verunglückte Drüsenanlage aufzufassen sei. In seiner späteren Arbeit[1]) modificirte Petersen diese Ansicht dahin, dass die Neubildung auch von den fertigen Drüsen bezw. deren Ausführungsgängen ausgehe.

Brooke[2]) beobachtete vier Fälle und fand bei der mikroskopischen Untersuchung Zellenhäufungen im Corium, welche den Eindruck eines Adenom der Schweissdrüsen machten. In den Herden waren runde und ovale Cysten, theils blos mit colloiden, theils concentrischen Lagen scheinbar verhornter Epithelzellen. Die Zellen, welche die Herde constituirten, seien augenscheinlich epithelialer Natur, in den bisher bekannten Fällen handle es sich nach Brooke nicht um identische Bildungen. Ein wirkliches Lumen hat Brooke in keinem Fall gefunden. Das Vorhandensein colloider Massen erklärt er als wichtigsten Factor für das Zustandekommen der Cysten. Auf Grund des epitheliulen Charakters der Gebilde bezeichnet er die Affection als: Epithelioma adenoides cysticum.

Fordyce[3]) schliesst sich der Ansicht Brooke's an und hat an einigen Fällen im Frühstadium befindlichen Geschwülsten das Rete und die Haarbälge als Ausgangspunkt constatirt. Dieser Zusammenhang werde im Verlaufe des Processes durch das wuchernde Bindegewebe aufgehoben.

Anlangend die von Robinson zuerst als „Sudamina", von Jackson, Jamieson, Rosenthal und Hallopeau als „Disidrosis" bezeichnete, später von dem erstgenannten Autor als Hydrocystome[3]) erklärte Affection gibt dieser an, dass er sie im Gesichte, wie am Stamme beobachtet habe. Die

---

[1]) Beiträge zur Kenntniss der Schweissdrüsenerkrankungen. Arch. f. Derm. u. Syph. 1893. Ergänzungsh. 440.

[2]) Epithelioma adenoides cysticum. The british. Journ. of Derm. 1892. Sept. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1894. 308.

[3]) Journal of cutaneous and genito-urinay diseases. New-York. 1893. XI. 293.

Gebilde erscheinen als runde oder ovale hellglänzende, elevirte Bläschen von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Erbse, den gekochten Sagokörnern ähnlich. Beim Eintrocknen des Inhaltes bekommen die in Rückbildung begriffenen Geschwülste eine weissliche Farbe wie das Milium. Die mikroskopische Untersuchung ergab im unteren Theil des Corium und dem subcutanen Gewebe neben normalen Schweissdrüsen solche, deren secernirender Theil, andere deren Schlauch ein erweitertes Lumen zeigte. Dieses ist mit einer flüssigen und feinkörnigen Masse wie der normalen, nur in grösserer Menge erfüllt. An den mit erweiterten Knäuelschlingen und Cysten an den Ausführungsgängen versehenen Schweissdrüsen sind die Veränderungen am ausgesprochensten nächst dem Knäuel; hier finden sich die meisten Cysten, inbesondere die kleinsten. Der Inhalt der Cysten, von denen manche leer sind, war in allen Fällen eine klare Flüssigkeit.

In dem jüngst erschienenen Werke „La Pratique dermatologique“ von E. Besnier, Brocq und L. Jacquet (1900, pag. 288) findet sich die Krankheit durch eine Tafel und mikroskopische Durchschnitte von Darier unter dem Titel „Hidradénomes eruptifs“ beschrieben.

Wir gehen nun zu unseren eigenen Beobachtungen über.

Die Kranke V. M. wurde am 9. April 1899 mit der Diagnose „Lichen urticatus“ an der Klinik aufgenommen. Der Angabe gemäss besteht die Hautkrankheit seit der Kindheit; vom 13. Lebensjahre an soll eine Vermehung der Efflorescenzen, auch Rückbildung einzelner stattgefunden haben. Irgend welche Beschwerden hat das Hautleiden nie verursacht; überdies bemerkte die Kranke, dass sie selbst bei der grössten Hitze an keiner Körperstelle schwitze. Bei der Aufnahme an der Klinik bot dieselbe folgenden Status praesens. (S. die Abbildung des Falles auf Taf. I.)

An der allgemeinen Decke der Vorderfläche des Stammes, von der Clavicula nach abwärts bis zum Nabel sitzen zahlreiche, runde oder ovale, theils flache, theils sphärische, hirse- bis hanfkorngrosse Knötchen, deren Farbe zum Theile von der normalen nur wenig verschieden, zum Theile mattgrau, hellbraun und hellrosenroth erscheint. Die Knötchen sind regellos disseminirt, am dichtesten an den Subclaviculargruben und an den Seitenflächen des Brustkorbes. An den Mammis, wo sie halbkugelförmig prominent sind, sind sie am grössten (nahezu halberbsengross), theils gelblich, theils livid roth. An den unteren Augenlidern sitzen drei flache, unregelmässig contourirte, grieskorngrosse, gelbröthliche



Knötchen. Am rechten unteren Lide überdies eine aus agglomerirten, hanfkorngrossen Knötchen gebildete Geschwulst. Die Lymphdrüsen der Submaxillar-, Clavicular- und Achselgegend normal.

Die Kranke verblieb bei unverändertem Status bis 11. August 1899 an der Klinik und wurde am 15. October (desselben Jahres) wieder an derselben aufgenommen. Zu dieser Zeit war die Haut über der Brust und dem Abdomen mit leicht prominirenden Knötchen von derber Consistenz ohne Zeichen von Entzündung oder Exsudation dicht bedeckt. An der Haut des Thorax sind die Knötchen hanfkorngross, flach, theils normal, theils gelblich, theils rothbraun gefärbt. An den Brustdrüsen sind sie erbsengross, livid; in den Subclaviculargruben und über dem Deltoides kaum stecknadelkopfgross, gelblich; unterhalb der Brustdrüsen, bis an die Unterbauchgegend am zahlreichsten und kleinsten. Auch jetzt ist ihre Anordnung unregelmässig disseminirt. Auf eine Pilocarpininjection trat reichliche Speichelsecretion, Magendrücken, Uebelkeit, aber nur äusserst spärliche Schweisssecretion an den normalen, keine an den afficirten Hautstellen der Brust- und Bauchwand ein.

Ein Vergleich dieses Status mit dem ersten vom 10. April ergibt keine augenfälligen Veränderungen an den bestandenen, dagegen eine Vermehrung der Knötchen und zwar an der Haut des Thorax, der Achselhöhle, der Schulter und des Abdomen, sowie neuer an der Beugeseite des rechten Oberarmes. Die Efflorescenzen an der Haut der Brustdrüsen sind etwas flacher, an der Haut der Schulterblätter eingesunken.

Am 21. September 1899 erschien eine zweite Kranke, die 24jährige A. an der Klinik. Ihr Hautleiden datirt von den ersten Lebensjahren und hat mit dem Alter zugenommen; bei der Aufnahme zeigte sie folgenden Status: An der Haut des Stammes und zwar der Seitenwand des Brustkorbes gegen die Achselhöhlen, über dem Manubrium sterni, beiderseits über der Claviculargegend, ferner über der Bauchwand finden sich in grösserer, ferner in geringerer Zahl an der Haut der Schulterblätter mohnkorn- bis halberbsengrosse über das Niveau der Umgebung elevirte Knötchen. Die kleinsten, mohn- bis hirsekorngrossen sitzen an der Bauchwand, sind glatt und stark lichtbrechend, die grösseren an der Brustwand, über den Mammis, etwa schrotkorngross, sind gleichfalls glatt, derb, zum Theile mit einer leichten, centralen Vertiefung versehen. Sämmtliche Efflorescenzen sind scharf begrenzt und nur mit der Nachbarhaut abhebbar. Ihre Farbe ist am Brustkorb, zumal an den Mammis, hellroth, an den übrigen Körperstellen mattbraun. Nirgends ist eine Anordnung in Gruppen oder Streifen, welche mit den Gefässen oder Nerven in Beziehung gebracht werden könnte, wahrzunehmen. Die Efflorescenzen sind vielmehr ebenso, wie in dem ersten Falle regellos disseminirt.

In dieser Localisation, Form, Farbe und Dimension, kurz im Exterieur, haben die Geschwülstchen mit Hautmyomen,



dem Xanthoma multiplex und Neubildungen, wie sie beim Nervennaevus sich vorfinden, Aehnlichkeit. Allein die Hautmyome besitzen meist die charakteristische glatte Oberfläche und derbe Consistenz, andererseits kommen bei diesen die hier vorhandenen miliaren Knötchen nicht vor. Grössere Aehnlichkeit zeigen die Geschwülste mit Xanthom, wofür die dichtgedrängten mattbraunen Knötchen am linken Augenlid, die Consistenz der Geschwülstchen sprächen; dagegen spricht aber das Fehlen der dem Xanthom eigenthümlichen Farbe. Nerven-Naevi sind durch die regellose Anordnung ausgeschlossen.

Da auf Grund der klinischen Befunde die Diagnose nicht festgestellt werden konnte, war man daher zur Erlangung derselben auf die mikroskopische Untersuchung gewiesen, zu welchem Zwecke mehrere Neubildungen exstirpirt und zum grossen Theile durch meine Assistenten Dr. Matzenauer und Dr. Löwenbach wurden Serienschnitte gemacht; die Stückchen in Müller'scher Flüssigkeit fixirt, in Alkohol gehärtet, in Celloidin und Paraffin eingebettet. Die Färbung geschah mit Hämatoxylin und Eosin (Fig. 1), polychromem Methylenblau und Lithion-Carmin. Zur Färbung der elastischen Fasern wurde die Methode Unna-Tänzer (saures Orcein) und die Weigert'sche (Resorcin-Fuchsin) angewendet. Die Untersuchung ergab nun (Fig. 1) an den Epidermisschichten keine beträchtliche Veränderung; die Zapfen des Rete sind entsprechend den wenig vergrösserten Papillen verlängert, deren Gefässe Proliferation zeigen. Haarbälge und Talgdrüsen relativ spärlich, letztere, beträchtlich vergrössert, zeigen einen Mantel von Infiltrationszellen. Auch die Inhaltszellen scheinen vermehrt und gestaut. Die glatten Muskelfasern erweisen Hypertrophie und Wucherung um die einzelnen Muskelfibrillen. Das Gewebe der Cutis verdichtet und verbreitert die elastischen Fasern jedoch in Form und Anordnung nicht alterirt. Die Nerven bieten nichts Abnormes dar. Die wesentlichen Veränderungen finden sich an den Schweissdrüsen. vorwiegend an ihren Ausführungsgängen (Fig. 2), welche constante Veränderungen an Wand und Inhalt ergeben. In der Cutis sind grosse, cystenartige, theils mit dünner, theils mächtiger Wandung (Schweissdrüsen - Wandung) versehene Höhlen. Ihre Form ist je nach der Schnittrichtung rund oder



oval. Einzelne dieser Hohlräume zeigen zapfenförmige Fortsätze ihrer Wandung, welche von zahlreichen, gleichartigen, epithelialen Zellen gebildet werden. Diese Zellen haben reichliches körniges Protoplasma und einen bläschenförmigen, gut tingiblen Kern. Manche der Räume sind mit diesen epitheloiden Zellen gefüllt, in anderen, in weitaus grösserer Zahl zeigten sich diese Zellen als ein- oder mehrfacher Wandbelag, welcher einen eigenartigen Inhalt umschliesst; letzterer ist homogen, colloidartig (mattbraun bei Hämatoxylin-, stark roth bei Eosinfärbung) [Fig. 1; Fig. 2 b]. In einzelnen Räumen, welche mit epitheloiden Zellen gefüllt sind, sind die Contouren der Zellen undeutlich, ebenso die des Kernes; in anderen finden sich inmitten der homogenen, colloidartigen Masse gut erhaltene, heller oder dunkler blau gefärbte Kerne und Zellen, welche den Zellen des Wandbelages in Form und Grösse gleichen, dagegen keine so scharfen Contouren, ein weniger körniges Protolpasma, blässeren Kern als die Wandzellen und einzelne bereits Kernmangel zeigen. In manchen dieser fast normal erscheinenden Zellen gewahrt man bei stärkerer Vergrösserung (Zeiss Obj. 3, Oc. E.) als Beginn der Degeneration, inmitten des körnigen, blassrosarothen Protaplasma einzelne runde, gesättigt roth gefärbte, confluirende, colloidähnliche Kügelchen. Diese Elemente zusammengenommen, lassen die Entstehung des eigenthümlichen Inhaltes der cystenartigen Räume aus den Epithelien ihrer Wandung durch colloide Degeneration (Fig. 2 a) zweifellos ersehen.

Die Knäueldrüsen scheinen auffallend vermindert zu sein; an einzelnen ihrer Ausführungsgänge finden sich solide Knospen (Fig. 3 b), welche in Form und Structur besonders durch lückenlose Serienschnitte (Fig. 4 b), mit den vorhin beschriebenen, die Geschwülstchen constituirenden, cystenförmigen Räumen einschliesslich ihres Inhaltes, identisch erscheinen.

Derartige Hohlräume trifft man auch an den Drüsenknäueln selbst, Hin und wieder begegnet man Durchschnitten, an welchen die Drüsenknäuel sammt dem längsgetroffenen Ausführungsgange cystenförmige Räume sehen lassen. Diesen Befund liefern sowohl die erbsengrossen, als auch besonders deutlich die kleinen, kaum hirsekorngrossen Efflorescenzen.

Allenthalben findet man neben normalen Drüsenausführungsgängen (Fig. 1 c) entweder die vorerwähnten Sprossen solid oder mit erweitertem Lumen und colloidem Inhalt. Je grösser die Geschwulst, je weiter der Process gediehen ist, desto mehr Ausführungsgänge und Knäuel sind in Mitleidenschaft gezogen (Fig. 1 b). Es ist nachdrücklich zu betonen, dass in vielen Serienpräparaten Ausführungsgänge der Schweissdrüsen ohne Zusammenhang mit dem Drüsenknäuel vorgefunden werden. Dies dürfte wahrscheinlich auch zu der von anderer Seite aufgestellten Behauptung Anlass gegeben haben, die Geschwülstchen hätten angesichts des Mangels zugehöriger Schweissdrüsen ihren Ursprung in embryonal abgeirrten Schweissdrüsengängen. Der von uns constatirte Befund an den Drüsenknäueln und namentlich deren Ausführungsgängen machen es zweifellos, dass den Ausgangspunkt der in Rede stehenden Affection die genannten fertigen Gebilde abgeben und zwar vorwiegend die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen.

Interessant gestaltet sich bei den regressiven Veränderungen der in späteren Stadien excidirten, im Schwinden begriffenen Efflorescenz die Beschaffenheit der gewucherten Drüsengänge, welche beträchtlich weiter sind, dem entsprechend ein grösserres Feld colloiden Inhalts, eine dünnere Wandung und peripher geringere Infiltration zeigen. An den Haarbälgen konnte ich (Fig. 5 b) jene Veränderungen constatiren, welche ich seinerzeit bei Lichen ruber acuminatus beschrieben habe. An Präparaten in diesem Stadium excidirter Geschwulsttheile konnte ich an solchen Haarbälgen in horizontal getroffenen Schnitten kolbenförmige Ausbuchtungen der Wurzelscheiden in Form eines Schwungrades in seltener Klarheit zu Tage treten sehen (Fig. 5 a).

Aus diesen Befunden ergibt sich mit voller Bestimmtheit, dass das Wesen dieser höchst seltenen Hautkrankheit auf einer Affection der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen, theils ohne, theils mit Betheiligung der Drüsenknäuel und anderer Gebilde, beziehungsweise Texturelemente der Haut beruht.

Die Frage, ob es sich bei den von den Autoren namhaft gemachten Fällen lediglich um verschiedene Entwicklungsstufen,



Verschiedenheit der Ursprungelemente, der Producte zumal der regressiven Phase und Combinationen ein und derselben Krankheit (nämlich Cysten der Ausführungsgänge der Knäueldrüsen auf verschiedene Entwicklungsstufen, verschiedenem Inhalte, verschiedener Combination und Complication etc.) oder in ihrem Wesen verschiedene Krankheiten handle, ist auf Grund des vorliegenden Materials mit Sicherheit weder zu bejahen noch zu verneinen. Die für die Nichtidentität geltend gemachten Kriterien sind, wie z. B. die von Petersen gegenüber Jaquet-Darier und Török hauptsächlich negativer Natur. Der Mangel des Zusammenhanges der Geschwülstchen mit den Ausführungsgängen, resp. Drüsenknäueln kann als stichhältiges Kriterium der Nichtidentität nicht angesehen werden. Abgesehen, dass Abschnürungen von Cysten und Knoten ausser allem Zweifel stehen, ist es eine bekannte Thatsache, dass auch bei normalen Verhältnissen sehr viele Hautschnitte im Gesichtsfelde einen Zusammenhang der Ausführungsgänge mit den Knäueln nicht aufweisen, oft nur Stücke dieser zur Ansicht gelangt.

Was den Mangel einer Membrana propria betrifft, welcher gleichfalls als ein Grund der Nichtidentität ins Feld geführt wurde, ist bei völliger Ausschliessung eines durch Nebenumstände leicht veranlassten Uebersehens wohl zu beachten, dass hieraus nur auf eine Verschiedenheit des Ursprungsherdes (embryonaler Drüsengang) nicht aber auf Verschiedenheit der Krankheit selbst gefolgert werden kann.

Was nun das letzterwähnte controverse Moment anlangt, nämlich ob fertige Schweissdrüsengänge oder embryonale Drüsenelemente und Schläuche den Ausgangspunkt der Affection bilden, habe ich in den von mir beobachteten Fällen auch an den kleinsten Geschwülstchen, in allen Schnitten ausnahmslos die Veränderung an vollständig ausgebildeten Schweissdrüsengängen und Knäueln gesehen. A priori ist auch eine Bildung aus nicht vollständig entwickelten Ausführungsgängen und Anlagen von Drüsenknäueln keineswegs auszuschliessen. Die Unterschiede, welche hiedurch im Baue der in Rede stehenden Gebilde sich ergeben, hat Unna bereits dargelegt. Uebrigens verweisen wir diesbezüglich auf die be-

reits angeführten Angaben Petersen's, welcher die Geschwülste aus embryonalen und fertigen Drüsengängen in einem und demselben Falle entstehen lässt.

Dem Gesagten zu Folge kann in den erörterten Fällen nur das Vorhandensein von cystenartigen Erweiterungen, Cystomen an den Schweissdrüsenausgängen und in zweiter Linie Ektasien an den Drüsenknäueln als einwandfrei constatirt betrachtet werden. Nun unterliegt es keinem Zweifel, dass Cysten oder cystoide Gebilde desselben Organes, desselben Bodens einen verschiedenen, bezw. aus verschiedenen Elementen bestehenden Inhalt haben, ja dass dieselben Elemente verschiedene regressive Metamorphosen eingehen können, was sohin in den vorliegenden Fällen platzgegriffen haben könne. Wenn demnach in dem einen Falle der Cysteninhalt vollends epithelialer Natur, im anderen colloider war, so ist hierin nicht mehr als der gangbare nosologische Unterschied zu erblicken. Als einen diesbezüglich bedeutungsvollen Unterschied, als reine Typen, betrachten wir a) unsere Fälle als typisch für colloid. Cystome b) die Robinson's für Hydrocystome der Ausführungsgänge der Knäueldrüsen. Auf die Verschiedenheiten dieser beiden typischen Affectionen einzugehen, ist nach dem vorangehend Gesagten unnöthig.

Anlangend die Knospenbildung, die hirschgeweihförmigen Ramificationen, die vielfache Gabelung, halten wir diese als accidentelle Begleiterscheinung von untergeordneter Bedeutung.

Die Frage, ob die Divergenz der Ansichten betreffs des nosologischen Charakters der Affection, die in den verschiedenen Benennungen, wie „Epitheliomes adenoides“ (Jaquet-Darier, „Gutartiges Epitheliom mit colloider Degeneration“ (Philippson), „Syrinigo-Cystadenom“ (Török), „Syringadenom“ und „Syringom“ (Unna) Ausdruck fand, objectiv vollständig begründet sei, können wir nach Lage der Dinge nicht bejahen. Ein histologisches Gebilde, wie solches von Jaquet-Darier aufgestellt wird, muss zum mindesten sehr zweifelhaft erscheinen. Wie bereits erwähnt, wird die Krankheit von mehreren Autoren als congenital erklärt; erwiesen ist jedoch nur, dass sie von der frühesten Kindheit datirt, im reifen Alter sich fortent-



wickelt. Wenn nun auch die Anlage zur selben als congenital erklärt werden kann, ist doch in keinem Falle constatirt, dass die Krankheit bei der Geburt bereits vorhanden war. Aber wenn auch das congenitale Moment zugegeben wird, ist das Dunkel, in welches die Entstehung und der nahezu continuirliche Fortschritt der Krankheit gehüllt ist, nicht geklärt. In unseren Fällen, wo es sich um typische Colloidcysten der Ausführungsgänge mit Ektasien der Drüsenknäuel handelt, wäre man versucht anzunehmen, dass wir es mit Retentionscysten zu thun haben. Wodurch aber die zur Cystenbildung führende Stauung des Secretes bedingt ist, wissen wir nicht. Ein mechanisches Hinderniss in der Entleerung des Absonderungsproductes ist nicht vorhanden, wohl aber erscheint es angesichts der Thatsache, dass die Kranke weder bei Temperatursteigerung noch auf Pilocarpin schwitzt, sehr plausibel, dass das Secret der Drüsenknäuel eine abnorme Beschaffenheit besitzt, welche die Entleerung desselben behindert. Wir sind auch hierin aus dem eben angeführten Grunde, nämlich Mangel eines Secretes zur mikroskopischen und chemischen Untersuchung auf die blosse Vermuthung beschränkt.

Wie ersichtlich ist das Dunkel, welches über diese Hautkrankheit herrscht, so gross wie fast bei keiner anderen, was angesichts der geringen Zahl der bisher zur Beobachtung gelangten Fälle, der Lücken, welche die Physiologie und Pathologie der Schweissdrüsen aufweist, wohl nicht befremden kann. Durch unsere Fälle ist dieses Dunkel wenigstens insoweit gelichtet, dass ein typisches Krankheitsbild gegeben ist und fortan dem Fachmann auch aus den klinischen Erscheinungen per exlusionem die Stellung einer Diagnose ermöglicht ist. Die hiermit neuerlich auf diese Krankheit gelenkte Aufmerksamkeit lässt auch eine schärfere Beobachtung analoger Fälle, ihre richtige Erkenntnis und einen Fortschritt in ihrer Erforschung gewärtigen. Obschon die Affection mit keinen Beschwerden für den Träger verbunden ist, kommt ihr doch nicht bloss ein wissenschaftliches Interesse zu, sie hat auch eine diagnostische Bedeutung. Betonen wollen wir noch, dass in dem beschriebenen Falle nach Jahresfrist einzelne Geschwülste

wieder geschwunden, andere kleiner geworden sind, hiebei aber fort und fort neue entstanden waren.

Wir haben es hier somit mit einer Krankheit sui generis zu thun, deren Erscheinungen klinisch und histologisch festgestellt sind und die nunmehr in das System der Hautkrankheiten eingereiht werden muss.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. I—III.

(Zeiss Obj. A, Ocul. 3.)

Taf. I. Abbildung des Falles.

Taf. II. Fig. 1. a) Epidermis; b) Querschnitt der Schweissdrüsengänge; c) Schweissdrüse mit Ausführungsgang; d) Haarbalg mit Talgdrüse; e) Uebersichtsbild des Tumors (Zapfen, Stränge und colloiderfüllte Alveolen), links unten im Zusammenhang mit normalen Schweissdrüsen und deren Ausführungsgang.

Fig. 2. Schweissdrüsenknäuel und ihr längsgetroffener Ausführungsgang, an welchem in seinem Verlaufe mehrfache cystische Erweiterungen mit colloidem Inhalt zu sehen sind (b); die Entstehung des colloiden Inhaltes erfolgt durch blasige Auftreibung und Entartung der Zellen des Wandbelages (a). (Zeiss Obj. D, Ocul. 4).

Taf. III. Fig. 3 und 4. (Zeiss Obj. E, Oc. 4). Entstehung eines colloiderfüllten Hohlraumes des Syringocystom (Fig. IV, b') durch colloide Degeneration und Abschneidung eines Epithelsprosses (Fig. III b) von einem Schweissdrüsenausführungsgang (Fig. III a) nahe an seiner Mündung (c) in die Epidermis. (Aus einer Schnittserie entnommene Präparate.)

Fig. 5. (Zeiss Obj. E, Oc. 4). Aus einer in Involution begriffenen Efflorescenz. Talgdrüse mit Haarbalg (a), welche eigenartige, schwungradförmige Contouren zeigt, (b) Tumoralveole mit stark colloiden Inhalt und abgeflachten Epithelien.



TAF. I.

Neumann: Syringocystom.

Fig. 2.

Fig. 1.

Neumann: Syringocystom.

Fig. 4.

Fig. 3.

c

c

b

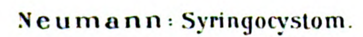
b'

a

b

Fig. 5.

a



Neumann: Syringocystom.



Aus dem Institut für pathologische Anatomie des Prof. Przewoski.

Zur pathologischen Anatomie des Herpes zoster.

Von

Dr. med. **W. Kopytowski,**
Primararzt im St. Lazarus-Hospital zu Warschau.

(Hiezu Taf. IV—IX.)

Obwohl man in medicinischen, zumal deutschen Zeitschriften immer häufiger Arbeiten aus dem Gebiete der pathologischen Histologie der Haut begegnet, so werden doch nicht alle Krankheiten in gehöriger Weise berücksichtigt. Am häufigsten werden histopathologisch die sehr seltenen Hautkrankheiten untersucht, während die gewöhnlichen, praktisch wichtigen Formen wenig Berücksichtigung finden. Ob die Ursache dieser Erscheinung in der Schwierigkeit, entsprechendes Untersuchungsmaterial zu erhalten, liegt, oder aber in der Meinung, das betreffende Thema sei schon völlig erschöpft — wage ich nicht zu entscheiden. Ich habe jedoch die Wahrnehmung gemacht, dass histologisches Material von acut Hautkranken bedeutend schwieriger erhältlich ist, als von chronisch Kranken. Während z. B. Psoriasis- und Lupuskranke sich gewöhnlich Hautstücke excidiren lassen, ist das bei Eczemkranken fast niemals der Fall. Zu den histologisch relativ wenig erforschten Krankheiten gehört der Herpes zoster; es gelang mir eben nicht in der Literatur der letzten Jahre einschlägige pathologisch-anatomische Arbeiten zu finden, obwohl es an klinischem Material nicht gefehlt hatte.

Dieser Umstand bewog mich zur histologischen Bearbeitung erwähnter Krankheit an der Hand eines ziemlich reichlichen



während der letzten vier Jahre sorgfältig gesammelten Materials; in 15 Fällen erhielt ich dasselbe durch Excision von erkrankten Hautpartien unter Cocainanästhsie, der letzte, 16. Fall wurde mir von Prof. Przewski vom Sectionstisch geliefert. Die Präparate wurden in Alkohol, Sublimat, Flemming'scher, Foll'scher und Müller'scher Flüssigkeit fixirt, in Paraffin eingebettet und mittels des Schautze'schen Mikrotoms auf $^1/_{100}$ Mm. geschnitten. Die Färbung war verschieden, wovon bei der Beschreibung der einzelnen Fälle die Rede sein wird.

Als Ausgangspunkt diente mir die Beschreibung der pathologisch-histologischen Veränderungen bei Herpes zoster in Unna's Lehrbuch der Histopathologie der Hautkrankheiten 1894, pag. 154—159, zum Theil auch die Pfeiffer'sche Darstellung im Handbuch über die Protozoen als Krankheitserreger (zweite Auflage 1891. Jena, pag. 179 u. ff).

Pfeiffer hat keine Schnitte aus den excidirten Hautpartien bei Herpes zoster verfertigt, sondern begnügte sich mit der Untersuchung des Bläscheninhaltes in 1% Kochsalzlösung auf dem gewärmten Objectträger. Ich citire ausführlich das Ergebniss seiner Untersuchungen.

In jedem Fall von Herpes zoster erfolgt eine Infection des Epithels durch Gregarina clepsidriana und gleicht dieselbe der typischen Infection des Insectes Chrysomela violacea durch erwähnte Gregarine.

Die inficirten Epithelien stellen sich als grosse, sei es runde, sei es birnförmige Gebilde dar, grün schillernd, einen grossen Kern und einen schmalen Protoplasmasaum enthaltend. Im flüssigen Inhalte einer Zosterblase finden wir Gebilde, welche das Aussehen homogener, weicher kernloser Zellen haben. Die grösseren Gebilde haben körnigen Inhalt an einem Pol; am anderen Pol hebt sich ein Protoplasmasaum als Ektorsark ab; die grössten dieser Gebilde haben ein sich amöboid bewegendes Ektosark ringsum mit Körnelung um den Kern herum.

Der Glanz dieser Gebilde erinnert an junge Amöben und Sporozoen. Ihre Zahl nimmt zu auf der Höhe des Processes, sie verschwinden mit Eintritt der Eiterung im Zosterbläschen. Aehnlichen Gebilden begegnete Verfasser bei Vaccina, Ovine, Varicella, Pemphigus, Epithelioma contagiosum.



Diese Kugeln finden sich nesterweis zusammen im Zosterbläschen. Einzelne Epithelzellen haben gewöhnlich ein solches Körperchen, in grösseren Epithelzellen finden sich zwei und mehr derselben.

Zuweilen zeigen diese Gebilde Vorgänge, die auf eine Theilung hindeuten. Ihre Kerne lassen sich leicht mit Hämatoxylin färben. Der Kern der zugehörigen Epithelzelle ist atrophisch oder in leicht zerbrechliche Trümmer zerfallen, welche somit leicht Bakterien vortäuschen können.

Verfasser zu Folge wären die beschriebenen Gebilde weder degenerirte Epidermiszellen, noch Riesenzellen; er schliesst Colloidentartung und Coagulationsnecrose Weigert's aus und behauptet, die Sternblumenform erinnere an die im Blute Malariakranker vorkommenden Plasmodien. Autor will im Blute von Herpeskranken in den rothen Blutkörperchen bewegliche Gebilde gesehen haben. Die Infection der Epithelien soll durch die Vermittelung der Blutbahn geschehen.

Die Beschreibung des Processes wird durch zahlreiche Zeichnungen erläutert.

Unna beschreibt die Veränderungen bei Herpes folgendermassen:

Der Bau des Zosterbläschens unterscheidet sich vom Bau der Bläschen bei anderen Hautkrankheiten vermöge einer speciellen Art der Epitheldegeneration, nämlich der reticulirenden und ballonirenden Entartung; letztere tritt in geringerem Grade bei Schafblattern, Varicella und Variola auf. Der Process beginnt mit Oedem der Stachelschichtzellen, wodurch es zur Vacuolenbildung kommt; dank den letzteren stellt die Zelle ein reticulirtes Gebilde dar; nach Unna soll das die reticulirende Degeneration sein, welche am stärksten bei Variola und Schafblattern auftritt. Bei Zoster dagegen verlieren die der Colliquation anheimfallenden Epithelien ihren Stachelpanzer, die Zellen lockern sich und fallen als gequollene Kugeln auf den Blasengrund. Diese Kugeln sind undurchsichtig, werden durch Zug der Umgebung in die allerverschiedensten Gestalten gebracht und nehmen Fibrinfärbung an. Das zwischen den Papillen eingebettete, dieser Entartung nicht anheimgefallene Epithel ist gewöhnlich etwas vergrössert, kuglig deformirt, hat



einen breiten Protoplasmasaum und zuweilen einen normal gefärbten Kern. Ueber den Papillen finden wir in der Blase Zellen, die in einer fibrinös entarteten Schale zahlreiche Kerne enthalten. Diese Kerne entstehen durch amitotische Theilung; an Nachbarkernen kann man zuweilen zahlreiche Trennungslinien nachweisen. Mitosen trifft man nirgends. Die Zahl der Kerne in einer Zelle erreicht bis 30; dieselben färben sich gut. Die Gestalt der zahlreichen Kerne enthaltenden Zellen ist gewöhnlich kugelig, kann jedoch durch Druck seitens der Nachbarzellen länglich, birnförmig etc. werden. Die kugelige ballonartige Gestalt bewog den Verfasser, diese Entartung eine ballonirende zu nennen. Da diese Zellen miteinander nur locker verbunden sind, ohne Gruppen und Balken zu bilden, so besitzt die Herpesblase keinen reticulirenden Bau; nur von der Bläschendecke aus ragen zuweilen in die Tiefe der Blase entartete, ballonartig ausgezogene Zellen in Gestalt von Fetzen hinein. Während bei Herpes zoster auch ältere d. h. unter der Hornschicht liegende Zellen dieser Entartung anheimfallen, betrifft das bei Pocken nur die jüngsten Zellen, wogegen die älteren einer reticulirenden Degeneration anheimfallen.

Auf der Höhe des Processes besteht der Inhalt der Herpesblase ausser aus den obenerwähnten degenerirten Epithelien — auch aus einem Fibrinnetz. Später gelangen in die Blase Leukocyten, jedoch in geringer Zahl; sie dringen in die ballonirenden Epithelien hinein, doch kommt es nicht zur prallen Erfüllung des Bläschens mit Leukocyten; schon vorher trocknet dasselbe zu einer Kruste ein.

Die Papillargefässe sind erweitert, die Papillen stark infiltrirt, doch überragt die Entzündung den Blasenrand nur wenig, weshalb sich die Blase steil aus normaler Oberhaut erhebt. Die Blase breitet sich durch reticulirende Degeneration (interepithelial) aus; im Beginn des Processes intraepithelial. Die unter den jungen entarteten Epithelien liegenden Papillen sind stark ödematös. Die Cutis zeigt wenig Veränderungen; es besteht ein geringes Oedem mit Erweiterung der Lymphspalten. Die Hautdrüsen participiren an dem Processe nicht, die Haarbälge nur, insofern sie in der Blase stecken. Ueber Veränderung der Nerven gibt Autor keine bestimmten Aufschlüsse.

Die Heilung erfolgt durch starke Epithelvermehrung am Grunde der Blase, wo man zahlreiche, dieselbe umgebende Mitosen findet. Die Leukocytose versiegt und der Process geht gewöhnlich spurlos vorüber.

Verfasser bemerkt, dass seine „reticulirende Colliquation" die einzige Ursache der Bläschenbildung ist und dass diese Entartung mit Leloir's „alteration cavitaire" zusammenfällt. Dagegen beziehen sich Weigert's homogene „kernlose Schollen" des Pockenprocesses eher auf Bilder, die der ballonirenden Degeneration angehören.

Wie aus oben angeführten Beschreibungen ersichtlich, sind die Meinungen Unna's und Pfeiffer's über das Wesen des Herpes grundverschieden, obwohl beide Autoren ziemlich die gleichen Veränderungen in den Epithelien beschreiben; man könnte wohl meinen, dass sie gleiche Bilder bekamen. Was der eine Verfasser (Pfeiffer) für coccidia hält, ist dem anderen (Unna) nach, ballonirende Entartung.

Auf Grund obiger Beschreibung der pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Herpes wäre nun zu erwägen, ob wir es hier mit Parasiten, oder mit Degenerationsvorgängen zu thun haben; ob es für die Erklärung der Herpesblase der Einführung zweier neuer Degenerationsarten, nämlich der reticulirenden und ballonirenden bedarf, oder, ob die mikroskopischen Veränderungen durch die in der allgemeinen Pathologie üblichen Entartungen sich erklären lassen.

Meine Fälle von Herpes zoster will ich in chronologischer Reihenfolge beschreiben.

Fall 1. 16jähriger Knabe. Herpes zoster intercostalis dexter. 31.|VIII. 1896. Die Krankheit dauert seit zwei Tagen. Das Exanthem bildet kleine, mit seröser Flüssigkeit gefüllte, gruppenweis zerstreute Blasen. Die Haut in der Umgebung der Blasen geröthet; die Bläschengruppen bilden einen die rechte Thoraxhälfte umfassenden Halbgürtel. In der Exanthemgegend stechende Schmerzen. Mattigkeit, Schüttelfröste.

Unter Cocainanästhesie wurde ein Stück Haut unter dem Schulterblatt excidirt. Die Präparate werden in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und mittels Hämatoxylin und Eosin, ferner mit Thionin und Eosin gefärbt; auch erfolgte die Färbung mit Unna's polychromem Methylenblau, mit Hämotoxylin nach van Giesson und mit Gentianaviolett nach Weigert.



Am Präparat ist eine Blase von beträchtlicher Grösse erkenntlich. Die die obere Wand der Blase bildende Hornschicht erscheint verdünnt. Das Stratum granulosum tritt ziemlich deutlich auf und besteht stellenweise aus einer oder zwei Reihen körniger Zellen; in der Nachbarschaft der Blase ist diese Schicht deutlicher. Unter derselben bemerkt man runde structurlose Gebilde, die etwas grösser sind als die Nachbarzellen des Rete Malpighii und sich mit Eosin homogen braunrosa färben; es sind das degenerirte Epithelzellen. An den Seiten und oberhalb der Blase befindet sich eine kleine, in der Nähe der Oberfläche der Hornschicht liegende Höhle, welche eine feinkörnige Masse enthält, die sich mit Eosin gut färbt. Den Inhalt der Blase bildet eine körnige oder reticulirende Masse, welche weder die Weigert'sche, noch die Unna'sche Fibrinreaction gibt, sich aber mit Eosin gut färben lässt. Diese Masse enthält spärliche einkernige Leukocyten.

Die Basis des Bläschens ruht auf der Stachelzellenschicht. In der Nachbarschaft der Basis sind die Zellen des Stratum spinosum abgeplattet, spindelförmig und enthalten längliche, leicht färbbare Kerne. In manchen Zellen ist der Kern zusammengeschrumpft und von einem verschieden geformten und verschieden grossen Raume umgeben. Manche Zellen am Blasengrunde sind gleichfalls bedeutend vergrössert und enthalten je 2—3 und mehr Kerne; solche Zellen besitzen wenig Protoplasma, in Form eines feinen, die Kerne umgebenden Saumes; zuweilen treten um die Kerne herum Scheidewände auf. Viele dieser mehrkernigen Zellen besitzen zusammengeschrumpfte Kerne, welche mit Kernfarbstoffen gut tingirbar sind, mit Hämatoxylin sich fast schwarz färben. In anderen wiederum sind die Kerne von einem leeren Raum umgeben. Aber auch die einkernigen Zellen sind zum Theil verändert, manche von ihnen sind vergrössert, kugelig, liegen theils vereinzelt, theils in Gruppen, besitzen bläschenförmige oder geschrumpfte Kerne. Die tiefer gelegenen ein- oder mehrkernigen Retezellen enthalten zuweilen feinste Farbstoffkörnchen.

Die Papillen unter den Blasen sind stark infiltrirt. Die Infiltration betrifft zahlreiche Nachbarpapillen und reicht tief in das Unterhautzellgewebe. Auffallend ist im Präparat das Missverhältniss zwischen Infiltration der Papillen unter der Blase und fast vollständigem Mangel an Leukocyten im Blaseninhalt. In der inneren Haarscheide bemerkt man eine ganze Menge haufenweise liegender kleiner Coccen.

Die elastischen Fasern der Haut zeigen keine sichtbaren Veränderungen. Die collagenen Bündel erscheinen gequollen, enthalten spindelförmige, längliche mittels Kernfärbung stark tingirbare Kerne. Die Umgebung der Talgdrüsen mit Leukocyten infiltrirt; Schweissdrüsen und Nerven im Präparate unsichtbar.

Fall 2. Ein 26jähriger Mann. Herpes zoster lumboabdominalis. 18.|X. 1896. Der Ausschlag nimmt als etwa 8 Cm. breiter Halbgürtel die Seitenwand des Abdomens ein und geht nach oben und aussen in die Thoraxhaut über. In der gerötheten und zum Theil leicht infiltrirten Haut bemerkt man zahlreiche inselförmig zerstreute, theils mit klarer,

theils mit trüber Flüssigkeit gefüllte Bläschen. Die Krankheit dauert seit vier Tagen. Patient ist abgeschlagen, fiebert leicht. Der Bauchhaut wurde ein Stückchen entnommen und das Präparat in Sublimat fixirt. Die Färbung geschah mittels Hämatoxylin, Eosin, Methylenblau oder Thionin und Eosin, Biondi'scher Lösung, polychromem Methylenblau Unna's; die elastischen Fasern wurden nach Unna-Taenzer und Weigert, das Fibrin nach Unna und Weigert gefärbt.

Das schwach vergrösserte Präparat zeigt drei grössere und zwei kleinere Blasen.

Die Hornschicht über dem ganzen Präparat, d. h. über der Blase und ihrer Umgebung erscheint in Gestalt feinster Linien und Bändchen, die sich mit Eosin gut färben. Ueber der Blase ist das Stratum granulosum atrophisch, in der Umgebung schwach ausgeprägt. Die Blasen sind nur mit einer dünnen Hornschichte bedeckt, deren Innenfläche mit einer und zuweilen mit zwei und mehr Schichten veränderter Retezellen ausgekleidet ist. Die Zellen sind zumeist vergrössert, kugelig geformt, enthalten zusammengeschrumpfte, leicht tingirbare Kerne und um die Kerne verschieden grosse leere Räume von verschiedener Gestalt. Das Protoplasma und die Zellenwand färben sich stark mit Eosin. Ausser dieser Form begegnet man Zellen, deren Kerne das Chromatin vollständig verloren haben, oder wo das Chromatin sich nur am Zellenrand befindet, so dass nur der Kern und das Chromatin am Zellensaum gefärbt erscheinen, während die mittlere Partie der Zelle blass und beinahe farblos ist.

Die Seitenwand der Blase besteht aus länglichen, spindelförmigen Zellen der Schleimschicht; die gut tingirbaren Zellkerne sind zuweilen mit Vacuolen umgeben. Neben dem Rande einer grösseren Blase bemerkt man zwei kleinere durch Streifen abgegrenzt, welche aus 2—5 Reihen Spindelzellen bestehen und mit feinkörniger rosarother Masse gefüllt sind.

Der Inhalt der Blase besteht aus feinkörnigen Massen, die keine classische Fibrinreaction zeigen, aber sich mit Eosin gut färben, ferner aus veränderten, theils vereinzelt, theils wie oben beschrieben, gruppenweis liegenden Zellen, endlich aus polynucleären zumeist am Blasengrund anzutreffenden Gebilden. Diese kugeligen Zellen von beträchtlicher Grösse enthalten zwei und mehr verschieden grosse tingirbare Kerne; um jeden Kern bemerkt man weisse oder sehr schwach gefärbte Räume, die von einander durch dunkle Linien geschieden sind. Obige Gebilde umgibt eine dicke Schicht mehr oder weniger tingirbaren Protoplasmas. Jede Blase enthält zahlreiche solche Gebilde (Fig. Nr. 6), ausserdem befindet sich am Blasengrund eine Anzahl Zellen theils mit geschrumpften Kernen und Vacuolen, theils mit gelösten Kernen. Ferner sieht man am Grunde und im Inhalte der Blase zahlreiche Pigmentzellen, welche eine ganze Menge brauner Körnchen enthalten. Die Blase enthält zuweilen Leukocyten.

Die Stachelzellenschicht an den Seiten der Blase enthält ebenso veränderte Zellen, d. h. mit geschrumpften Kernen; zuweilen auch poly-



nucleäre Zellen. Die Cylinderzellenschicht erscheint verdickt; sie ist unter der Blase nicht erkennbar.

Die Papillarschicht unter der Blase ganz atrophisch; am Präparat als wellige Linien erkennbar; die Gefässe dilatirt; im Unterhautzellgewebe unter der Blase zahlreiche Leukocyten.

Die Papillen zwischen den Blasen (zwei sind von einander durch 8, die übrigen durch 2 Papillen geschieden) stark infiltrirt, die Gefässe erweitert; ab und zu sieht man gequollene Endothelien. Im Zellgewebe der Cutis längs der Gefässe zahlreiche Leukocyten.

Die collagene Substanz der Haut färbt sich leicht, enthält viele Bindegewebszellen. Um einen Schweissdrüsenknäuel viele Leukocyten. Die elastischen Fasern der Haut unverändert; Haare, Schweissdrüsen und Nerven fehlen am Präparat.

Fall 3. Ein 24jähriger Taglöhner. 4.|III. 1897. Herpes intercostalis sinister. Der halbgürtelförmige Ausschlag nimmt die linke Thoraxhälfte ein; er beginnt unter dem Schulterblatt, wo man ältere (trübe) Blasen und in Bildung begriffene Krusten wahrnimmt und steigt nach vorne und unten herab. Stark geröthete und zum Theil infiltrirte Hautinseln sind von theils mit seröser, theils mit eiteriger Flüssigkeit gefüllten Bläschen bedeckt. Hinten beginnt schon Borkenbildung. Die Krankheit dauert seit 6 Tagen. Patient klagt über Brennen und Schmerzen in der kranken Partie und über allgemeines Unwohlsein. Aus der seitlichen Thoraxpartie wurde ein beträchtliches Stück Haut excidirt und in Alkohol filirt. Die Färbung wie im Fall II.

Bei schwacher Vergrösserung nimmt man im Präparate drei grosse Blasen wahr; seitlich davon sieht man einige kleinere Blasen durch Gruppen spindelförmiger Retezellen mit gut erhaltenen Kernen geschieden. Von der Decke einer der Blasen sieht man an zwei Stellen herabhängende Spindelzellen zu 3—4 gruppirt. Aus dem Blasengrunde erheben sich dementsprechend Zellengruppen, die sich jedoch mit obigen nicht vereinigen.

Die Hornschicht über der grössten Blase erscheint in Form welliger kernloser, homogen gefärbter Streifen; die unteren Schichten der Hornschicht compact, homogen, bedeutend stärker gefärbt. Das Stratum granulosum fehlt vollständig. Unter derselben sieht man eine Zellenschicht mit bläschenförmigen Kernen, welche theils homogen, theils schwach und gewöhnlich heller als das Protoplasma gefärbt erscheinen; die Zellgrenzen undeutlich. Stellenweise findet man 2—3 aber auch bedeutend mehr solcher Zellreihen. Zuweilen dringen die Zellen gruppenweise in das innere der Blase ein. Seitlich ist die Blase von Spindelzellen begrenzt, die zuweilen ganz flach sind und deren Kerne erhalten sind. Der Blasengrund besteht aus einer dicken Schichte theils zusammenhängender, theils loser Retezellen. Die Mehrzahl der Zellen ist gequollen, rundlich und enthält einen blassen, bläschenförmigen Kern mit gut gefärbten Kernkörperchen und homogen tingirtem Protoplasma; letzteres scheint zu zerfliessen, die Zellgrenzen undeutlich. Manche Zellen enthalten nur blasse Kerne, ohne Kernkörperchen. Ausserdem treten zahlreiche zwei-,

drei- und mehrkernige Zellen auf. Solche zuweilen längliche Gebilde sieht man sei es im Blaseninhalt, sei es zwischen den Retezellen; sie erreichen eine beträchtliche Grösse. Ihre Kerne sind bläschenförmig, blass, besitzen Kernkörperchen und sind von einander durch dunkle Streifen geschieden; am Rande ein homogener, breiter Protoplasmasaum. Letzteres enthält fast constant feinste Pigmentkörnchen. Zuweilen zerfliessen die Kerne dieser Gebilde, welche dann als homogen gefärbte Kugeln erscheinen. Der Blaseninhalt besteht ausser aus den oben beschriebenen Zellen — aus stellenweise schwach gefärbtem Exsudat und einer geringen Anzahl kleinster Leukocyten.

Die Structur der Papillen deutlich; dieselben sind leicht abgeplattet, ihre Gefässe sind dilatirt, sie selbst etwas infiltrirt. Bindegewebszellen deutlich. Entlang den Gefässen stellenweise starke Infiltration, um die Schweissdrüsen leichte Infiltration. Die Färbung der elastischen Fasern ergibt keine sichtbaren Veränderungen. Haare, Talgdrüsen und Nerven im Präparat unsichtbar. (Fig. Nr. 1.)

Fall 4. Ein 12jähriger Knabe. Herpes zoster intercostalis sinister. 4.|V. 1897. Der Ausschlag nimmt in Gestalt einer in gerötheter Haut liegenden Blasengruppe die Region von der Wirbelsäule unter dem Schulterblatt schräg nach vorne ein, ohne den Schwertfortsatz zu erreichen. Allgemeine Schwäche, stechende Schmerzen in der Gegend des Ausschlages. Die Krankheit begann vor 4 Tagen.

Aus der seitlichen Thoraxpartie wurde ein Hautstück mit einigen Blasen excidirt und in Sublimat aufbewahrt. Färbung wie oben.

Die schwache Vergrösserung ergibt zwei grössere, zwei kleinere Blasen und in der Stachelschicht, in der Nähe der Hautoberfläche drei untereinander nicht communicirende, mit feinkörnigen sich mit Eosin färbenden Massen gefüllte Höhlen.

Eine der grösseren Blasen ist durch eine aus spindelförmigen, gut tingirbaren Zellen bestehende Scheidewand in zwei Theile geschieden. In der zweiten Blase sieht man an zwei Stellen zerrissene aus spindelförmigen, zum Theil polynucleären Zellen bestehende Scheidewände. An einem Präparat sieht man zwei Bläschen, welche durch eine dünne, veränderte Malpighische Schichte geschieden sind (Fig. 2). An einem Saume dieser einer der Blasen anliegenden Schichte sieht man eine Menge Höhlen, welche von länglichen spindelförmigen, theils ein-, theils mehrkörnigen, sich gut färbenden Retezellen begrenzt erscheinen; die mehrkernigen Zellen besitzen unter einander nicht geschiedene Kerne. Die Höhlen sind theils leer, theils mit einem Exsudatnetz gefüllt und enthalten kugelige an feinkörnigem Pigment reiche Gebilde; zuweilen lassen sich in ihnen gut erhaltene Kerne differenciren, in anderen sind letztere in Zerfall begriffen. Das Protoplasma dieser Gebilde färbt sich homogen; die der Blase anliegenden Bälkchen lösen sich auf und atrophiren allmälig.

Von dem anderen Saume fallen auf den Blasengrund Retezellen herab, deren Zusammenhang mit dem Epithel gelöst ist; die Zellen am Saume der zweiten Blase erscheinen weniger verändert.



Die epitheliale Brücke zwischen den beiden Blasen enthält zahlreiche vielkernige Zellen, theils mit gut erhaltenen Kernen ohne Kapsel und mit einem feinen Protoplasmasaum (die Mitte der Zelle ist nicht gefärbt) —, theils mit zerfallenden Kernen, wo dann das Protoplasma stark homogen gefärbt erscheint. Die untersten Reteschichten enthalten innerhalb der Zellen eine Menge feinkörnigen Pigmentes.

Die obere Blasenwand besteht aus einer oberen verhornten Schicht und einer unteren mit abgeplatteten Zellen, in welchen man platte, stäbchenförmige Kerne bemerkt. Ueber der Blase vermag man kein Stratum granulosum zu entdecken, an den Seiten tritt dasselbe schwach auf.

Den Blaseninhalt bilden reticuläre Exsudatmassen, ferner Epithelzellen auf verschiedenen Degenerationsstufen, wie wir ihnen im Fall 2 und 3 begegneten, weiter zahlreiche kugelige mehrkernige Gebilde wie im Blasensaum beschrieben; ausserdem findet man vereinzelte Leukocyten.

Der Blasengrund besteht fast vollständig aus einer entblössten, abgeflachten Papillarschicht, welche stellenweise mit den oben beschriebenen veränderten Epithelzellen bedeckt ist. An den Seiten der Blase im Schleimgewebe, weit entfernt von dem Blasensaum, sieht man ab und zu zwei-, drei- und mehrkernige Zellen, geschrumpfte Kerne und dementsprechend leere Räume zwischen Kern und Protoplasma; ferner gruppirt sich das Chromatin am Kernsaum theils als Körnchen, theils als Klümpchen. In zweikernigen Zellen sieht man zuweilen Scheidewände zwischen den Kernen. An den Seiten der Blasen, im Rete Malpighi findet man häufig Spindelzellen, welche aus der Papillarschicht in die Stachelzellenschicht hineinragen.

Die Papillarschicht erscheint unter der Blase und selbst weit entfernt davon stark infiltrirt; die Gefässe sind dilatirt, stellenweise von Infiltraten umgeben. Die Umgebung der Schweissdrüsen etwas infiltrirt. Keine sichtbaren Veränderungen der elastischen Fasern und der collagenen Substanz. Haare, Talgdrüsen und Nerven unsichtbar. In der Cutis konnte man zuweilen Stäbchen wahrnehmen, welche an Grösse die Tuberkelbacillen etwas überragten; sie liegen vereinzelt da und werden durch Anilinkernfarbstoffe stark tingirt.

Fall 5. Ein 21jähriger Mann. Herpes zoster lumboabdominalis dexter 28.|X. 1897. Die Krankheit dauert seit 5 Tagen. Es wurde ein Hautstück mit einigen frischen Bläschen excidirt; ein Theil davon wurde in Sublimat, ein anderer in Foll'scher Lösung aufbewahrt.

An den dem Sublimat entnommenen Schnitten sieht man bei schwacher Vergrösserung drei Bläschen. Die Veränderungen in den Zellen gleichen denen aus Fall 3. Am Präparat bemerkt man den Durchschnitt eines Haares, welches die Seitenwand einer Blase bildet. Die innere Haarscheide besteht aus völlig verhornten, zerfaserten, mit Hämatoxylin stark gefärbten Plättchen; die äussere, der Blase unmittelbar anliegende und ihre äussere Wand bildende Scheide besteht aus 2—3 zuweilen leicht ausgezogenen Zellen mit grossem Kern. Letzterer sowie das Zellprotoplasma erscheinen durch das Hämatoxylin homogen violett gefärbt.



Zwischen den das Haarbett bildenden Zellen sieht man eine Menge Leukocyten; um die Talg- und Schweissdrüsen sieht man Infiltrate. An dem in Foll'scher Lösung aufbewahrten Präparat sind die Kerne der Schleimschicht (Stratum Malpighii) mehr geschrumpft; zwischen den Kernen und dem Zellprotoplasma verschieden geformte leere Räume. Die vielkernigen Zellen treten zahlreich und deutlich auf. Das Kernchromatin gruppirt sich vornehmlich in der Peripherie der Kerne, welche am häufigsten als blasse, homogene Bläschen auftreten.

Die Papillarschicht ist stark comprimirt; die Papillen und die oberen Cutisschichten bedeutend infiltrirt.

Fall 6. Ein 22jähriger Mann. Herpes zoster intercostalis dexter. 16.|XI. 1897. Die Krankheit dauert seit 5 Tagen. Es wurde ein Hautstück mit 2 Bläschen excidirt und in Sublimat gelegt.

An demselben eine grosse, in zahlreiche Abtheilungen geschiedene Blase sichtbar. Die Hornschicht über dem ganzen Präparat bedeutend entwickelt, an der Oberfläche zerfasert und in den tieferen Schichten compact. Ueber der Blase fehlte das Stratum granulosum. Der inneren, die obere Blasenwand bildenden Schicht liegen theils rundliche, theils längliche, meist solitäre Zellen an, welche zuweilen einen schwach contourirten Kern enthalten. Gewöhnlich ist derselbe ganz unsichtbar und die Zelle erscheint als homogenes, sich homogen schwach färbendes Klümpchen; bei doppelter Färbung färben sich diese Zellen mannigfaltig.

Von der oberen Blasenwand erstreckt sich in die Tiefe eine ganze Menge breiter oder platter, homogener, mit Eosin braunroth gefärbter Streifen, welche die Blase in eine Anzahl verschieden grosser Höhlen theilen. Diese Höhlen sind mit entarteten Zellen, Leukocyten oder rothen Blutkörperchen und einem Fibrinnetz gefüllt. Ausser den oben beschriebenen Klümpchen treten hier hauptsächlich am Boden der Blase Zellen mit geschrumpften, gut tingirbaren Kernen auf; das sind Zellen mit bläschenförmigen Kernen; das Chromatin gruppirt sich entweder am Rande der Kerne oder der Zellen, welche sich meist homogen färben. Endlich begegnet man Zellen mit leeren Räumen in der Mitte; das Protoplasma dieser Zellen umgibt die Kerne in Gestalt eines breiten, zuweilen faserigen Bandes.

Vielkernige Zellen zahlreich, ihr Protoplasma und ihre Kerne färben sich fast homogen; das Chromatin ungleichmässig in Form von Klümpchen, theils am Kernrand, theils im Protoplasma vertheilt. Manche von diesen vielkernigen Zellen erreichen eine bedeutende Grösse und enthalten zahlreiche Kerne; letztere sind theils fragmentirt, theils in Zerfall begriffen; in diesem Fall liegt das Chromatin in Form verschieden grosser Klumpen in dem gleichmässig gefärbten Protoplasma.

In dem Blaseninhalt zahlreiche, meist zu zwei liegende Coccen.

Die Papillarschicht unter der Blase ist fast überall an den in obiger Weise degenerirten Zellen der Schleimschicht durch einen leeren Raum getrennt (siehe Fig. Nr. 8). Die Papillen sowohl unter, als in bedeutender Entfernung von der Blase stark infiltrirt (starke leukocytäre Infiltration



im Bereiche von etwa zehn Papillen); die Cutis hauptsächlich entlang den Gefässen infiltrirt. Die collagenen und elastischen Bündel wie ödematös; Drüsen, Haare, Nerven unsichtbar.

Fall 7. Ein 12jähriger Knabe. Herpes zoster intercostalis dexter. 28./III. 1898; Krankheitsdauer 3 Tage. Das Präparat in Sublimatlösung fixirt.

Bei schwacher Vergrösserung sieht man eine einkämmerige Blase in der mit normal verhornter Epidermis bedeckter Haut liegend.

Die obere Blasenwand besteht aus einer Hornschicht, welche aus dünnen welligen Membranen gebildet ist. Der Blaseninhalt besteht hauptsächlich aus Leukocyten mit Zusatz von degenerirten Epidermiszellen, welche mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt als rosabraune Klümpchen zuweilen mit schwach contourirten Kernen erscheinen. Das Chromatin, insoferne es in solchen Zellen auftritt, liegt gewöhnlich in der Peripherie in Gestalt von Körnern. Zuweilen bemerkt man in der Blase kleine Mengen einer feinkörnigen Masse, welche das Aussehen einer geronnenen serösen Flüssigkeit hat.

Die untere Blasenwand grenzt mit einem normalen Stratum granulosum, dessen Zellen in einer oder zwei Reihen angeordnet sind. In den tiefen Stachelzellenschichten findet man vereinzelte Mitosen. Die Stachelzellen haben grosse Kerne; das Chromatin erscheint ungleichmässig vertheilt; zwischen den Retezellen treten ab und zu spärliche Leukocyten auf, (s. Taf. 4 c.) die Papillarschicht abgeplattet. Die oberen Cutisschichten kleinzellig infiltrirt. Die Gefässe an vielen Stellen mit rothen Blutkörperchen gefüllt. An den Seiten der Blase erscheint die Hornschicht sammt dem Stratum granulosum stark entwickelt; in den tieferen Reteschichten vereinzelte Mitosen. Zwischen den Stachelzellen zahlreiche Leukocyten. Bedeutende Infiltration der Papillarschicht und der oberen Cutisschichten im ganzen Präparat, besonders in der Umgebung der Hautdrüsen. Haare und Nerven im Präparate unsichtbar.

In der Umgebung der Blase und unter derselben erstrecken sich von den Papillenspitzen in die Stachelzellenschicht zahlreiche Spindelzellen; ihre Breite beträgt etwa $^1/_3$ der Breite der benachbarten Stachelzellen, die Länge ist etwas bedeutender. Diese Zellen färben sich besonders gut mit Methylenblau und Eosin; sie enthalten längliche Kerne und sind reich an Protoplasma.

Fall 8. Ein 36jähriger Mann. Herpes brachialis et suprascapularis dexter. 15./V. 1898. Dritter Krankheitstag. Der Ausschlag erscheint in Gestalt rosarother, verschieden grosser Infiltrate; stellenweise gut ausgebildete, mit einer durchscheinenden oder opalescirenden Flüssigkeit gefüllte Blasen. Mattigkeit, Frösteln; in der Gegend des Exanthems starke Schmerzen.

Aus dem Oberarm wurde ein Stückchen Haut excidirt und in Sublimat gebracht.

Am Präparat nimmt man zwei Bläschen wahr. Die Decke derselben ist sehr dünn, gleichmässig, besteht aus welligen Linien. Der Inhalt der



Blase besteht hauptsächlich aus dicht angeordneten Leukocyten und spärlichen, feinkörnigen Exsudatmassen. An den Seiten der Blasen in der Stachelzellenschicht sieht man verschieden grosse Höhlen mit ebensolchem Inhalte, d. h. zahlreichen, vereinzelten Leukocyten und spärlichen, feinkörnigen Exsudatmassen. Die Seitenwände der Blasen bestehen aus stark eingezogenen, lebhaft tingirten Stachelzellen; desgleichen der Blasenboden. Die dem Blaseninhalt unmittelbar anliegenden Zellen sind stark verändert. Ein Theil davon besitzt bläschenförmige, vergrösserte, fast chromantinlose, d. h. blasse Kerne; andere wieder haben zu unförmlichen Klumpen geschrumpfte Kerne. In vielen Zellen sind die Vacuolen stark ausgeprägt. Manche Zellen liegen vereinzelt da und färben sich dann schwach, homogen; ihre Contouren sind undeutlich. Die Zahl der vielkernigen Zellen ist sehr gering; dieselben sind klein (bedeutend kleiner als in den übrigen Fällen), enthalten geschrumpfte Kerne und färben sich lebhaft; hie und da sind die Kerne untereinander durch leere Räume geschieden, welche ihrerseits durch Scheidewände in Form dunkler Linien getheilt sind. Die tieferen Reteschichten erscheinen weniger verändert, aber enthalten gleichfalls zahlreiche Leukocyten. Die Cylinderzellenschicht unter der Blase verdickt, besteht aus drei Zellenreihen. Die Papillarschicht leicht abgeplattet; der starken Infiltration wegen sind die Papillargefässe schwer differenzirbar. Das Papillargewebe enthält zahlreiche Erythrocyten. Starke Infiltration der Cutisoberfläche unter den Blasen; die Gefässe dilatirt, mit rothen Blutkörperchen gefüllt; die Umgebung der Schweissdrüsen infiltrirt.

Die die Blasen umgebende Haut besitzt eine deutlich ausgeprägte, aus 2—3 Reihen Zellen mit Keratohyalin bestehende granulöse Schichte. Die Stachelzellenschicht um die Blasen zeigt die gleichen Veränderungen wie die Zellen am Blasenboden. Die meisten Zellen haben geschrumpfte Kerne und leere Räume in der Mitte. Die intercellulären Räume bedeutend erweitert. In der Schleimschicht zahlreiche Leukocyten. Die Papillarschicht in beträchtlicher Entfernung von den Blasen stark infiltrirt, enthält zuweilen kleine Ecchymosen. Auch die Cutis ist infiltrirt. Die collagenen Bündel ödematös, die elastischen Fasern sichtlich unverändert. Haare, Talgdrüsen und Nerven nicht zu sehen.

Fall 9. Ein 47jähriger Mann. Herpes zoster intercostalis dexter. 24./XI. 1898. Aus der Thoraxhaut unterhalb der Achselhöhle wurde ein Stück Haut excidirt und in Müller'scher Flüssigkeit fixirt.

Am Präparat zwei grosse, einkämmerige Blasen sichtbar. Der Blaseninhalt spärlich, besteht hauptsächlich aus degenerirten runden oder länglichen Retezellen, welche 2—3 Mal grösser als die gesunden Nachbarn sind. Die Kerne gross, eiförmig, feinkörnig; der breite Protoplasmasaum färbt sich gut mit saueren Farbstoffen. Der Blasengrund besteht aus ebenso degenerirten Retezellen. Dortselbst treten auch vielkernige Zellen, mit Scheidewänden um die Kerne auf. Die Seitenwände der Blase bestehen aus länglichen Spindelzellen. An den Seiten der Bläschen kleine Höhlen, welche durch Auseinandertreten der Retezellen entstanden sind.

Dio Papillarschicht abgeflacht; dieselbe sowohl als die Cutis, die Haarscheiden und Drüsen stark infiltrirt. Das entzündliche Infiltrat reicht weit jenseits die Blasengrenzen hinaus und tritt im ganzen Präparat deutlich auf.

Fall 10. Ein 24jähriger Mann. Herpes zoster lumbo-abdominalis dexter. 17./XII. 1898. Fünfter Krankheitstag. Das der seitlichen Bauchhaut entnommene Präparat in Sublimat fixirt.

Am Präparat sieht man zwei Blasen und an einer Stelle eine in Bildung begriffene Borke. Die dünne wellige Hornhaut lagert über dem ganzen Präparat in Gestalt welliger Bündel. Das Stratum granulosum fehlt über der Blase vollständig und ist seitlich davon nur schwach ausgeprägt. In der Stachelzellenschicht an den Seiten der Blasen sieht man eine grosse Zahl Spalten und Höhlen, welche theils mit entarteten, schwach gefärbten Zellen, theils mit Leukocyten, theils mit reticulirenden Massen gefüllt sind.

Gegen die Mitte der Blase werden die Höhlen immer grösser und fliessen endlich zusammen zu grossen mit einem Fibrinnetz gefüllten Höhlen. Die die Höhlenwände bildenden Bälkchen bestehen aus entarteten verschieden geformten und verschieden dicken, structurlosen, kernlosen Blättchen. Der Blasengrund besteht aus verschiedenen Zellen: entweder sind es grosse, homogene, structurlose (2—3 Mal die Retezellen an Grösse überragende) Klümpchen, oder Zellen mit grossem, bläschenförmigem blassem Kern und Chromatin an dessen Rändern, oder aber hat das gut tingirbare Protoplasma die Gestalt einer breiten Zone.

Endlich begegnen wir vielkernigen Zellen mit einem breiten Protoplasmasaum. Ihre Kerne verlieren öfters das Chromatin. Das ganze Gebilde erscheint dann als rundlicher Körper mir schwer differenzirbaren, bläschenförmigen Kernen; letztere enthalten spärliches, einen schmalen Kernsaum bildendes Chromatin. Zuweilen verlässt das Chromatin die Kerne und erscheint als feinkörnige Masse (zuweilen als grobkörnige Klumpen), welche in einem schwach gefärbten und gleichsam körnigen Protoplasma liegen. Es kommen auch Gebilde mit völlig atrophischen Kernen vor, in deren Protoplasma man mehr oder minder zahlreiche Chromatinkörner findet. (Taf. Nr. 6.)

Alle diese Zellformen bilden die Bläschenbasis und liegen meist vereinzelt, zuweilen aber gruppenweise. Dazwischen liegen zahlreiche Leukocyten und rothe Blutkörperchen. Im Blaseninhalt zahlreiche in Gruppen zu zwei angeordnete Coccen.

In allen Schnitten sieht man im oberen Theile einer der drei Blasen eine Menge nebeneinanderliegender, gut contourirter, deutlich tingirbarer Kerne. Zwischen dieselben dringen von verschiedenen Seiten Leukocyten und Coccen ein. Diese Gebilde haben keine sichtbaren Wände, sondern liegen in einer homogen gefärbten Masse. Die Zahl der Kerne ist schwer zu bestimmen; die grössten Gebilde enthalten deren über 100.

Die Papillen unter der Blase abgeflacht, ihre Structur in Folge starker Infiltration undeutlich; die Infiltrate überragen weit das Gebiet der Blase.



Die Cutis stark infiltrirt. Die Leukocyten infiltriren nicht nur, wie dies gewöhnlich der Fall ist die Gefässgegend, sondern auch die Schweissdrüsen, die Haarscheiden, selbst die Hautmuskelbündel.

Fall 11. Eine 57jährige Frau. Herpes zoster intercostalis sinister. 16./III. 1899. Dritter Krankheitstag. Aus der seitlichen Thoraxwand wurde sammt den auf gerötheter Haut gelegenen Bläschen ein Stück Haut excidirt und in Sublimat fixirt.

An einer Stelle bemerkt man in einer ganzen Schnittreihe über den bedeutend abgeflachten Papillen, dass ein Theil der Epithelien ausser Zusammenhang kommt; in Folge dessen liegen diese Zellen theils vereinzelt, theis gruppenweise, erscheinen rundlich oder spindelförmig. Zwischen den Zellen sieht man solche mit stark geschrumpften und dunkel gefärbten Kernen, manche von ihnen besitzen zwei Kerne. Ihr Protoplasma färbt sich stark mit saueren Anilin-Farbstoffen.

Die Mehrzahl der Zellen besitzt ~~aber~~ für gewöhnlich einen, zwei oder drei grosse, bläschenförmige schwach tingirbare Kerne; das Protoplasma erscheint atrophisch und dann liegt die geschrumpfte Zellmembran stellenweise unmittelbar dem Kerne an. Andere Zellen haben ein homogenes Protoplasma. An mehreren Schnitten sieht man am Boden des Herdes einen Haardurchschnitt mit leukocytärer Infiltration in der Umgebung (s. Taf. 4 A.).

Der obere Theil dieses Gebildes erhebt sich nicht über das Niveau des benachbarten, gesunden Epithels. Die die obere Wand des Herdes bildende verhornte Epidermis besteht aus stark gefärbten zuweilen mit Kernen versehenen Zellen, welche in den tieferen Schichten Keratohyalin enthalten. Diesen Zellen liegen hie und da kleine Rundzellen an, die einen bei Hämatoxylinfärbung fast schwarzen Kern besitzen und deren Protoplasma sich mit Eosin homogen färbt. An anderen Schnitten fehlt das Stratum corneum und granulosum, und der Herd erscheint als ein mit der Schneide den Papillen zugekehrter Keil; an Stelle der fehlenden Hornschicht sieht man eine kleinzellige Infiltration.

Die obengenannten Nester liegen entweder unmittelbar auf den Papillen und dann ist die Grenze zwischen Epithel- und Bindegewebsschicht unsichtbar — oder sie sind von der Papillarschicht oder der Cutis durch mehrere Zellreihen der Stachelzellenschicht getrennt. Dann besitzen letzterwähnte Zellen gewöhnlich grosse, bläschenförmige Kerne mit ungleichmässig vertheiltem Chromatin; das Protoplasma erscheint schwach homogen gefärbt. Zwischen den Zellen sieht man Leukocyten.

Dies Epithel besitzt im ganzen Präparat stellenweise geschrumpfte Kerne mit leeren Räumen um dieselben, ferner enthält es des öfteren solitäre Leukocyten.

Stellenweise zeigt das Stratum granulosum ein merkwürdiges Verhalten: über der ganz verhornten Epidermis erscheinen einige Inseln mit granulirten Zellen; letztere sind ungewöhnlich gross, rundlich und enthalten ziemlich viel Keratohyalin. Dieser Zellen sieht man zwei bis drei nebeneinander gelegene Schichten. (s. Taf. 4 B.)



In der Papillarschicht und der Cutis finden wir Infiltrate, wie wir sie in den übrigen Fällen beschrieben haben.

Fall 12. Ein 15jähriger Knabe. Herpes zoster lumbo-abdominalis dexter. 28./III. 1899. Dritter Krankheitstag. Es wurde ein Stück geröthete sammt einem Streifen gesunder Haut excidirt, wo bereits auch Blasenbildung zu bemerken war; das Präparat in Sublimat fixirt.

An keinem der Schnitte lässt sich eine fertige Blase wahrnehmen.

Die Epidermis verdickt, wellig, in Gestalt zerfaserter Streifen; färbt sich gut mit Eosin, im ganzen Präparat sichtbar. Das Stratum granulosum meist aus zwei Zellreihen bestehend. Die Stachelzellenschicht enthält stellenweise geschrumpfte Kerne; in Folge dessen treten zwischen Kern und Protoplasma Vacuolen auf. Diese Schicht enthält zwischen den Zellen zahlreiche Leukocyten.

Die intercellulären Räume erweitert.

In der Papillarschicht und den oberen Cutisschichten allenthalben kleinzellige Infiltrationsherde, hauptsächlich in der Gefäss- und Drüsengegend. Die elastischen Fasern reichen unverändert bis in die Epidermis.

Fall 13. 31jähriger Mann. Herpes zoster intercostalis sinister 18./XI. 1899.

Achter Krankheitstag. Es wurden zwei Hautstücke excidirt: das eine aus der vorderen Bauchregion mit zusammenfliessenden Blasen, das andere unter der Scapula mit vereinzelten, mit einer trüben Flüssigkeit gefüllten Bläschen. Die Präparate wurden in Fleming'scher Lösung fixirt.

An den von dem einen Präparate stammenden Schnitten bemerkt man zwei neben einander liegende Blasen. Die obere liegt zwischen der verhornten Epidermis und der Stachelzellenschicht, die andere darunter; ihre obere Wand bilden veränderte Stachelzellen, welche zugleich als Basis der oberen Blase dienen, die untere Wand besteht aus entblössten, abgeplatteten Papillen. Die untere Blase ist bedeutend kleiner als die obere und in ihrer Nachbarschaft befindet sich seitlich eine kleinere Blase nebst einigen gleichfalls zwischen Epithel und Papillarschicht liegenden Höhlen. Die obere, an der Oberfläche schwarz gefärbte Wand der oberflächlichen Blase erscheint als zerfaserte, wellige Bündel verhornter Epidermis; ihre genaue Structur lässt sich nicht bestimmen. Der Blaseninhalt besteht aus einer geringen Menge einer feinkörnigen mit sämmtlichen Farbstoffen schlecht tingirbaren Masse; zahlreiche solitäre Leukocyten. In einer Ecke der Blase sieht man Häufchen zerfaserter, sich stark fast homogen färbender Spindelzellen; manche von ihnen besitzen stäbchenförmige Kerne. Ferner findet man im Blaseninhalt spärliche epitheliale Rundzellen mit geschrumpftem, rundem Kern, welcher sich mit Unna'schem polychromem Methylenblau sehr stark dunkelblau färbt, und mit einem homogen blau gefärbten Zellkörper. Die untere Blasenwand wird durch das Stratum Malphigii gebildet. Granulirte Zellen fehlen im ganzen Präparat. Die Stachelzellenschicht besitzt nicht überall Kerne. Falls dieselben vorhanden sind, sind sie bläschenförmig mit zwei bis drei Kernkörperchen, und färben sich im Gegensatz zu den Kernkörperchen



schlecht. Die Zellgrenzen sind hier nur in den tiefsten Schichten differenzirbar. Der Inhalt der unteren Blase gleicht dem der oberen, nur enthält erstere mehr Leukocyten und feinkörnige Massen. Auch hier begegnet man solitären, kleinen Spindelzellen (s. Taf. Nr. 5). Die Papillen und die Cutis stark infiltrirt. Zahlreiche gut gefärbte Bindegewebszellen (wie Plasmazellen).

Die dem zweiten Hautstück entnommenen Schnitte enthalten eine grosse durch ganz verhornte Zellen in mehrere Abtheilungen geschiedene Blase. Ihr Inhalt gleicht dem Inhalt der ersten, nur ist er reicher an meist einkernigen Leukocyten. Ferner enthält diese Blase vereinzelte grosse, entartete Zellen, deren Grösse die umgebenden Epithelzellen bedeutend übertrifft, und die sich sehr schwach homogen färben. Zuweilen färben sich die sichtbaren Partien dieser Zellen anders, und dann bemerkt man, dass diese Gebilde gleichsam mehrere zerfallende Kerne besitzen. Die Papillarschicht abgeplattet, stark infiltrirt, desgleichen die oberen Cutisschichten.

Fall 14. Ein 28jähriger Mann. Herpes zoster intercostalis dexter 12./X. 1899. Die Krankheit dauert zwei Wochen. Es wurde ein Stück Haut mit zwei Borken excidirt. Das Präparat wurde in Sublimat fixirt.

An den Schnitten erscheint die Borke als eiförmiges, von der Oberhaut durch einen leeren Raum geschiedenes Gebilde. Die Borke besteht aus einer homogen gefärbten Masse; dieselbe enthält in ihren unteren Schichten verschieden geformte und grosse Körner und Klumpen, welche sich mit Kernfarbstoffen stark färben, so, dass an diesen Stellen die Structur der Borke sich näher nicht bestimmen lässt. In den oberen Borkentheilen vermindert sich die Zahl der stark dunkelgefärbten Klumpen; hier sieht man eine structurlose, mit Eosin rosaroth gefärbte Masse. An der Oberfläche der Borke bemerkt man einige Hornhautstreifen, die zum Theil längliche, lebhaft gefärbte Kerne enthalten; die Zellengrenzen lassen sich nicht bestimmen. Die zweite Borke enthält viel weniger Körnchen, und liegt der Cutis besser an, obwohl sie dieselbe weniger drückt; an dieser Stelle ist nämlich die Vertiefung in der Haut geringer. Der Bau der Borke ist gleichmässiger, sie besteht aus einer homogenen, dunkelgefärbte Klumpen und Körner enthaltenden Masse. An den Rändern dieses Gebildes bemerkt man Streifen unvollständig verhornter Epidermiszellen.

Die Epidermis erscheint unterhalb der Borken verdünnt; granulirte Zellen fehlen vollständig, wiewohl das Stratum granulosum an den Seiten der Borken scharf auftritt. Die Epidermiszellen unter den Borken färben sich fast homogen, die Zellen besitzen undeutliche Grenzen und enthalten geschrumpfte Kerne; die Zellgrenzen treten erst in den tiefsten Reteschichten deutlich auf. Zwischen den Stachelzellen liegen unter den Borken hie und da Leukocyten. Die Epidermisschichten um die Borken besitzen des öfteren zusammengeschrumpfte Kerne und zahlreiche Leukocyten. Ueber den Papillen und in der Umgebung der Borken sieht man zahlreiche längliche, sich in das Rete hineinsenkende Spindelzellen.





Die Papillarschicht erscheint unter den Borken völlig abgeplattet. In derselben sowohl, als in den oberen Cutisschichten sieht man starke entzündliche Infiltration, welche, wie gewöhnlich, entlang der Gefässe und um die Hautdrüsen auftritt.

Um die Haarbälge ist die Infiltration schwach ausgeprägt.

In den tiefen Cutisschichten treten die Bindegewebszellen scharf auf; die elastischen Fasern gequollen.

Fall 15. 34jähriger Mann. Herpes zoster lumbo-abdominalis sinister. 21./XI. 1899. Siebenter Krankheitstag. Aus der Bauchhaut unter dem Rippenbogen wurde ein Stück gesunde Haut sammt einem Theil der Eruption excidirt; letztere bestand aus zusammenfliessenden Blasen, welche zum Theil mit einer gelblichen Flüssigkeit gefüllt, zum Theil vertrocknet waren. Das Präparat wurde in Sublimat fixirt.

Bei schwacher Vergrösserung erkennt man den Rand einer grossen Blase und einen Theil der angrenzenden, gesunden Haut.

Die verdickte Hornhaut erscheint, wie gewöhnlich, in Gestalt zerfaserter, welliger, homogen gefärbter Streifen; das Stratum granulosum fehlt über der Blase, tritt aber in deren Umgebung in Gestalt zweier Schichten gekörnter Zellen auf. Am Blasensaum, in der Reteschicht sieht man weithin verbreitete, verschieden grosse Spalten und Höhlen, welche zum Theil mit feinkörnigen Massen gefüllt sind. Die die Höhlen begrenzenden Zellen haben meistentheils geschrumpfte, stark gefärbte, zum Theil bläschenförmige Kerne, deren mittlere Partie sich stark färben lässt; die Zellmembran und das Protoplasma färben sich mit Eoisin homogen schmutzigroth. In der Blase, unterhalb der Hornschicht und derselben anliegend bemerkt man theils zahlreich vergrösserte, rundliche Zellen mit blassen Kernen, theils kernlose Zellen; oder solche mit geschrumpften Kernen. Polynucleäre Zellen finden wir auch im Blaseninhalte, doch sind ihre Kerne sehr undeutlich wie zerfliessend.

Von der oberen Blasenwand hängen in deren Inneres structurlose verhornte Plättchen herab, welche für gewöhnlich die Färbung der Hornhaut besitzen. Der an den Schnitten sichtbare Blasentheil erscheint meist parallel der Basis in verschieden grosse und geformte Abtheilungen geschieden und zwar theils durch Fibringerinsel, theils durch verhornte homogene Platten. Der Inhalt dieser Blasen gleicht dem obengenannten, d. h. besteht aus rundlich vergrösserten, hauptsächlich kernlosen Zellen, welche schwach contourirte, mit sauren Farbstoffen sich homogen färbende Kerne besitzen; zuweilen erscheint auch der Zellrand stärker tingirt. Es treten hier gleichfalls polynucleäre, oben beschriebene Zellen auf. In der Blase findet man auch Häufchen von Leukocyten und spärliche granulirte Massen.

Die Papillarschicht ist abgeplattet. An manchen Stellen sind die Papillen ganz entblösst und bilden den Blasengrund, an anderen sind sie mit entarteten Zellen bedeckt.

Die Papillenschicht und die Cutis erscheinen unter der Blase stark infiltrirt. Die Infiltrate entlang der Gefässe reichen weit jenseits des

Entstehungsortes der Blase, die benachbarten Papillen sind jedoch nur wenig infiltrirt. Zwischen den Schleimzellen sieht man in der Nähe der Blase vereinzelte Leukocyten.

Drüsen, Haare und Nerven in den Präparaten nicht auffindbar.

Fall 16. Der letzte von mir untersuchte Fall von Herpes stammte von Prof. Przewoski. Das excidirte Hautstück wurde der Leiche eines 44jährigen Mannes entnommen. Der Herpes zoster intercostalis dexter erschien als eine beträchtliche Eruption zusammenfliessender Blasen. Das Präparat wurde in Sublimatlösung aufbewahrt. Die Beschreibung betrifft eine Gruppe zusammenfliessender Blasen, von etwa 3 Cm. im Durchmesser.

Am Präparat sieht man 3 ziemlich grosse, flache Blasen, die untereinander durch 4 und 8 Papillen geschieden sind.

Die über den Blasen gelegene Hornschicht ist verdickt und erscheint am ganzen Schnitt in Gestalt welliger, zerfaserter Streifen. Die granulirte Schicht fehlt neben den Blasen vollständig, und tritt zwischen denselben und an den Seiten schwach auf; unter der Hornschicht sieht man in der Blase theils runde, theils eiförmige, im Verhältniss zu den benachbarten Retezellen stark vergrösserte Zellen. Dieselben haben theils schwach, theils lebhaft gefärbte Kerne; wir begegnen ferner zahlreichen kernlosen Gebilden von gleicher Form und Gestalt, welche sich mit saueren Anilin-Farbstoffen homogen färben, doch besitzt die Membran ein stärkeres Lichtbrechungsvermögen als die mittleren Zellpartien und besitzt ab und zu eine gleichsam faserige Structur.

Die seitlichen Blasenränder enthalten zahlreiche feine Spalten oder leere Räume, die zuweilen mit einer schwach gefärbten körnigen Masse gefüllt sind; in der letzteren liegen zahlreiche oben beschriebene entartete Zellen. Die Scheidewände am Blasenrande bestehen aus homogen gefärbten, verschieden geformten Hornmassen, oder aus einem dichten Fibrinnetz. Aehnliche Platten findet man in sämmtlichen Bläschen, welche in Folge dessen in zahlreiche verschieden grosse Räume getheilt sind. Diese Räume sind entweder leer, oder enthalten entartete, obengenannte Zellen, oder aber Leukocyten und zahlreiche rothe Blutkörperchen. Wir begegnen hier auch polynucleären Zellen mit völlig atrophischen Kernen; ein solches Gebilde sieht dann einer grossen, mit Eosin homogen gefärbten Kugel ähnlich. In den mit polychronem Methylenblau Unna's und mit Eosin gefärbten Präparaten sieht man verschiedene, aber stets homogen gefärbte entartete Zellen und zwar rosaroth, blau, grünlich, gelb und bräunlich.

Der Blasengrund besteht hauptsächlich aus völlig nackten Papillen, zuweilen aus entarteten, oben beschriebenen Retezellen. Hier findet man zuweilen auch Zellen mit geschrumpften Kernen.

Die Papillen erscheinen unter den Blasen ganz abgeplattet, zwischen denselben gut entwickelt. An manchen Stellen hebt sich das Stratum Malphighii in geringer Ausdehnung von den Papillen ab; die so entstandenen Räume sind leer.



In der Pupillarschicht und in den oberen Cutisschichten sieht man zahlreiche kleine Ecchymosen; es liegen hier rothe Blutkörperchen in grösseren und kleineren Gruppen zerstreut. Die Gefässe sind mit rothen Blutkörperchen gefüllt. In der Cutis vereinzelte Leukocyten; geringe Infiltrate im Verlauf der Gefässe. Die Schweissdrüsen und elastischen Fasern ohne sichtbare Veränderungen. Haare, Talgdrüsen und Nerven vermochte ich nicht aufzufinden.

Wie aus oben angeführten Beschreibungen der anatomischen Veränderungen bei Herpes zoster ersichtlich, hatten wir es mit verschiedenen Stadien der Krankheit zu thun, von den Initialstadien angefangen (Fall 12) bis zu den Ausgängen und zur Borkenbildung (Nr. 13). Die übrigen vierzehn Fälle geben uns Uebergangsbilder, d. h. Blasenbildung, Entwicklung und Vertrocknung.

Wenn wir die anatomisch-pathologischen Veränderungen in jedem Falle miteinander vergleichen, so sehen wir, dass ein jeder ein charakteristisches Merkmal trägt; manche Fälle unterscheiden sich untereinander beträchtlich in den Details, indem sie zugleich irgend ein gemeinsames Charaksteristicum bieten.

Wie aus den betreffenden Fällen ersichtlich, findet man sehr oft an den Rändern der im Rete gebildeten Blase kleinere oder grössere Räume (Höhlen und Spalten) welche zuweilen sehr zahlreich auftreten (Fig. 1, 2, 3, 4, 9, 13). Dieselben sind entweder leer, oder mit feinkörnigen Massen gefüllt; zuweilen enthalten sie ein reticulirtes Gebilde mit mehr oder minder zahlreichen Zellen und Leukocyten. Die Wände dieser Höhlen bestehen meist aus länglichen, stark entarteten Spindelzellen.

Die Kerne dieser Zellen sind entweder geschrumpft und mit Kernfarbstoffen lebhaft tingirbar, oder bläschenförmig, schwach färbbar und mit atrophischem Chromatin; am häufigsten bestehen sie jedoch aus structurlosen, wie Horngewebe gefärbten Bälkchen. Viel seltener sind die Zellen, welche die Höhlen am Rande der Hauptblase begrenzen, länglich spindelförmig und besitzen normale Färbungseigenschaften (Taf. 2, Fall 4); ebenso selten kommen hier vielkernige Zellen vor. An vielen Präparaten sieht man am Rande der grossen Blase, sei es allmälige Atrophie, sei es nur Lockerung der länglichen, die Wände der Secundär-



blasen bildenden Zellen; dadurch breitet sich die Hauptblase in die Peripherie aus.

Diese Höhlen beweisen deutlich, dass die Hauptblase durch Ansammlung von seröser Flüssigkeit an zahlreichen Stellen der intercellulären Räume der Stachelzellenschicht entsteht; durch Zusammenfliessen der einzelnen Höhlen wird dann eine grosse Blase gebildet. Zuweilen bleibt die Blase die ganze Zeit vielkämmerig (Nr. 6, 10, 13, 15, 16). Eine Mittelstellung zwischen diesen beiden Formen gebührt dem Fall 3; hier konnte man an manchen Schnitten wahrnehmen, wie aus der Mitte der oberen Blasenwand eine Gruppe Spindelzellen herabhing; derselben entgegen erhob sich vom Blasengrund eine andere Gruppe; die Mitte dieser Brücke fehlte. Offenbar ging hier der Exsudationsprocess langsamer von statten, als bei Bildung einer einkämmerigen Blase, jedoch zu schnell, als dass die Zellen Zeit hätten, sich entsprechend in die Länge zu dehnen; so wurde die mittlere Partie unterbrochen. Bei spärlichem Exsudat und langsamerem Krankheitsverlauf bekommen wir eine vielkämmerige Blase.

Diese Thatsachen, besonders aber die secundären Blasen an den Seiten der Hauptblase beweisen am besten die intercelluläre Herkunft der Blase.

Die intraepitheliale Abstammung dürfte nur in sehr beschränktem Masse in Betracht kommen, nämlich nur wenn die Zellen in Folge regressiver, durch mechanische (Druck) und wahrscheinlich chemische Vorgänge hervorgerufener Metamorphosen völlig atrophiren.

Wie schon oben erwähnt, besteht der Blaseninhalt aus Exsudatmassen, entarteten Zellen, Leukocyten, zuweilen aus rothen Blutkörperchen, und in zwei Fällen auch aus Bakterien.

Das Exsudat füllt selten die Blase vollständig aus; für gewöhnlich nimmt es nur einen Theil derselben ein. An fixirten Präparaten stellt es theils feinkörnige Massen dar, die sich mit Eosin mehr oder weniger lebhaft färben, theils ein Fibrinnetz. Das Verhältniss der körnigen Massen zum Fibrinnetz ist verschieden; in den Frühstadien der Krankheit ist der Blaseninhalt an feinkörnigen Massen reich; gegen den Ausgang derselben finden wir gewöhnlich ein Fibrinnetz an, obwohl

mir die Weigert'sche und Unna'sche Fibrinreaction in keinem Falle ein positives Resultat ergab. — In dem Fall 13, wo die Blase vollständig und gleichmässig mit feinkörnigen, mittels Eosin rosaroth gefärbten Massen erfüllt war, welche jedoch keine classischen Fibrinreactionen gaben, gelang es mir das Fibrin auf folgende Art nachzuweisen (Präparat aus Flemming'scher Lösung): die Deckglaspräparate wurden 24 Stunden lang in 2% Tanninlösung gehalten, dann in destillirtem Wasser energisch abgespült und mittels Unna'schen polychromen Methylenblau gefärbt (schwache wässerige Lösung, 24 Stunden); dann wurden sie abgespült, zum Theil in sehr schwacher alkoholischer Salzsäurelösung (1 : 1000) entfärbt, wiederum in Wasser abgespült und mit Eosin gefärbt. In der rothgefärbten feinkörnigen Exsudatmasse erschien das Fibrinnetz deutlich blau gefärbt.

In manchen Blasen war das Exsudat ausserordentlich spärlich, und in einem Fall (Nr. 11) vermochte man dasselbe an einer ganzen Schnittserie nicht nachzuweisen.

In den Fällen 10, 15, 16 bildete das Fibrin gleichsam eine Schlinge, in deren freien Räumen degenerirte Zellen und Leucocyten lagen. Das in Gestalt von Streifen oder flachen Bändern auftretende Fibrin lässt sich sehr schwer von den ganz verhornten Epithelmassen unterscheiden, d. h. von homogenen Blättchen, welche in meinen Präparaten dieselbe Färbung wie das Fibrinnetz annahmen. Als Orientirungspunkt können in obigen Fällen die Uebergangsformen der verhornenden Zellen dienen, obwohl es sich nicht immer mit voller Bestimmtheit sagen lässt, ob die betreffende Scheidewand ein Fibringerinnsel (keine Weigert'sche oder Unna'sche Reaction) — oder ein verkrümmtes, zerfasertes, verhorntes Epidermisplätzchen ist.

Die in meinen Fällen von Herpes zoster beobachteten Veränderungen der Zellen lassen sich, zwecks besserer Orientirung, folgendermassen gruppiren.

1. Zellen mit geschrumpften Kernen, mit Kernfarbstoffen lebhaft tingirbar. Diese Zellen enthalten stets um die verschieden grossen und geformten Kerne freie Räume; das Protoplasma gruppirt sich an den Zellrändern und lässt sich



des öfteren mittels Färbung von der Zellmembran nicht unterscheiden.

2. Zellen, wo das Protoplasma trotz der geschrumpften, lebhaft gefärbten Kerne, die ganze Zelle erfüllt. In diesen Fällen färbt sich das Protoplasma lebhaft, homogen. Zuweilen zerfallen die Kerne, und es fallen Chromatinkörner heraus; dann bekommen wir homogene Hornplättchen, welche sich wie verhornte Epidermis färben.

3. Zellen mit bläschenförmigen Kernen. Diese Zellen sind gewöhnlich kugelig oder eiförmig, die Kerne färben sich schwach, sehen blass aus und besitzen lebhaft tingirte Kernkörperchen. Das Protoplasma erscheint als verschieden breiter, schwach gefärbter Streifen und zerfliesst gleichsam zuweilen, d. h. die Zellmembran erscheint undeutlich gefärbt. Zuweilen ist das Protoplasma leicht faserig. Am häufigsten treten diese Zellen vereinzelt auf, seltener gruppenweise im Blaseninhalt.

4. Zellen mit atrophischen Kernen. Die ganze Zelle erscheint als schwach durchscheinendes Klümpchen. Zuweilen enthält dasselbe einen durchscheinenden Kern, und die Contouren des nicht tingirbaren, entarteten Kernes sind von Chromatinresten in Gestalt feinster Körnchen umgeben. In anderen Klümpchen liegen die Chromatinkörner an den Rändern des Zellkörpers. Diese Zellen erscheinen im Vergleich mit den benachbarten gesunden Retezellen vergrössert. Zwischen den Formen 3 und 4 gibt es eine ganze Reihe Uebergangsformen, deren endgiltiger Ausgang ein homogenes, durchscheinendes Klümpchen ist, welches sich mittels Doppelfärbung mit Methylenblau — Eosin, Thionin oder polychromem Methylenblau und Eosin — schmutzig färbt. Des öfteren färbt sich die mittlere Zellpartie anders, als ihre Ränder. Wir sehen dann diese Klümpchen resp. degenerirten Zellen gleichmässig bläulich, rosaroth, grünlich, gelblich, braungelb etc. gefärbt nebeneinander liegen, ohne wesentliche Unterschiede darzubieten, obwohl ihre Färbung verschieden ist. Nebenbei bemerkt, erhielt ich ähnliche Färbung der Zellen in den Blasen nach Vésicatoires.

5. Sehr häufig traten in den Präparaten vielkernige Zellen auf (sie fehlten nur in den Fällen 7, 12, 13, 14).



Diese verschieden grossen und geformten Gebilde traten meist in Gestalt von runden Kugeln im Blaseninhalte auf. In der Stachelzellenschicht nahmen sie in Folge des Druckes eiförmige, längliche, selbst Spindelgestalt an; zuweilen waren sie sehr zahlreich. Sie lassen sich in zwei Gruppen theilen.

Häufiger treten Zellen auf mit in der Mitte homogen tingirten Kernen, wobei die Färbungsgrenze theils deutlich ist, theils diffus contourirt erscheint; die Kerne sind von einander durch dunkelgefärbte Linien geschieden. Bei starker Vergrösserung scheinen diese Linien aus Chromatinkörnern zu bestehen. Die Kerne sind von einer ziemlich breiten, homogen gefärbten, für gewöhnlich nicht scharf contourirten Protoplasmazone umgeben. In anderen Zellen erscheint das Protoplasma wie feinkörnig, punktirt. Am seltensten findet man Zellen, wo das Protoplasma wie schwach faserig erscheint. Bei enger Nachbarschaft machten diese Gebilde den Eindruck, als ob sie zusammenfliessen wollten.

Die zweite Form der polynucleären Zellen unterscheidet sich von der ersten durch Mangel an Scheidewänden zwischen den Kernen. In diesen für gewöhnlich kernreicheren Gebilden (in einem Falle Nr. 10 betrug die Zahl der Kerne wahrscheinlich 100) waren die Kerne von körnigem Protoplasma umgeben. Die Kerne färben sich homogen, besitzen häufig deutlich abgegrenzte Kernkörperchen; in vielen solchen Gebilden sind die Kerne in Zerfall begriffen, wo man dann verschieden grosse Chromatinkörner bemerkt. Zuweilen enthielten diese Gebilde wie fragmentirte Kerne. Die vielkernigen Zellen traten im Blaseninhalte meist am Grunde auf und zwar in der Tiefe der Stachelzellenschicht und zwischen der Cylinderzellenschicht. In der Umgebung der Blasen, in der Schleimschicht konnte man diese Gebilde ab und zu wahrnehmen; dann enthielten sie weniger — 2, 3, 4 Kerne und waren fast stets getheilt.

Obwohl die Cutis und die Papillen zumal stark infiltrirt waren, war die Zahl der Leukocyten in den Blasen zumeist gering. So z. B. waren im Fall 1 die Papillen stark infiltrirt und die Blase fast frei von Leukocyten. Im Fall 8, bei ebenfalls starker Infiltration der Papillen, war die Blase fast ausschliesslich mit Leukocyten gefüllt. In vielen Fällen konnte

ich nicht wahrnehmen — worauf Unna aufmerksam macht, dass in den späteren Krankheitsstadien die Leukocyten stets in die Blase eindringen, wodurch dieselbe eiterig wird. Im Fall 8 konnte die Blase nicht älter als 2 Tage sein, denn die Krankheit dauerte seit 3 Tagen — und trotzdem war der Blaseninhalt fast ausschliesslich eiterig; wir dürfen somit annehmen, dass die Eiterzellen sehr frühzeitig auftraten. Im Fall 7 enthielt die Blase fast ausschliesslich vertrocknete, degenerirte Zellen und spärliche Leukocyten. In den Fällen 13 und 15, wo ich ein Hautstück excidirte sammt dem aus zusammenfliessenden Blasen bestehenden Saum der Eruption — also in einem späteren Krankheitsstadium — war die Leukocytenzahl gering.

Ein völlig vereitertes, dabei verhältnissmässig junges Bläschen sah ich nur einmal (Fall 8). Der Fall 13 mit zwei nebeneinander liegenden Blasen steht ganz isolirt da. In beiden Blasen sah man, neben den für Herpes charakteristischen Blasenbestandtheilen — kleine, lebhaft gefärbte Spindelzellen — wahrscheinlich Theile einer unvollständig verhornten Epidermis. Die Bildung einer Blase über der anderen erklärt sich ohne weiteres aus dem Aufbruch eines frischen Entzündungsprocesses vor Ablauf des ursprünglichen; der Zusammenhang der Epithel- und Papillarschicht wurde durch das Exsudat schon in den Anfangsstadien gelockert. Die Scheidewand zwischen beiden Blasen bestand aus beträchtlich veränderten, homogen gefärbten Retezellen; nur stellenweise waren die Contouren der Zellen und ihre Kerne sichtbar.

Vereinzelt steht auch der Fall 11 da, mit abnormer Färbung der granulirten Zellen und mit Bildung des obenbeschriebenen Keiles, welcher aus ödematösen und theils wahrscheinlich absterbenden Retezellen bestand.

Rothen Blutkörperchen begegnete ich im Blaseninhalt in grösserer Menge nur in einem Fall 10. Pigment trat in Gestalt von Körnchen sehr häufig in degenerirten Zellen auf. In den Fällen, wo die tiefsten Reteschichten und die oberste Cutisschicht pigmentreich waren, fand man das Pigment auch in entarteten, sowohl ein- als mehrkernigen Zellen. Zuweilen traten die entarteten Zellen als Kugeln mit braunem Pigment

auf, welches in jeder Hinsicht dem normalen Hautpigment gleichwertig war. (Taf. 2, Fall 4.)

Die Zelldegenerationen beschränkten sich keineswegs auf die Gegend der Blase. In manchen Fällen traten geschrumpfte Kerne, 2 und 3kernige Zellen in einer gewissen Entfernung von der Blase auf (z. B. in der Entfernung von 8—10 anliegenden Zellen). Wie dies aus dem Fall 14 ersichtlich, kommen selbst nach Ablauf des Krankheitsprocesses, d. h. nachdem sich eine Borke gebildet hat, an den Seiten, in der Stachelzellenschicht — Zellen mit geschrumpften Kernen vor.

Die Hornschicht über der Blase bot keine sichtbaren Veränderungen dar. Sie trat stets im ganzen Präparat, d. h. über der Blase und der angrenzenden gesunden Haut in Gestalt zerfaserter, welliger Linien. Die granulirte Schicht war über der Blase atrophisch, seitlich davon normal.

Die Papillarschicht erschien in Folge des Druckes von Seiten des entzündlichen Exsudats sehr häufig abgeplattet. In zwei Fällen (6 und 16) wurde durch das Exsudat die Papillarschicht von dem Epithel in geringer Ausdehnung abgehoben; im Fall 13 entstand dadurch eine besondere Blase zwischen Epidermis und Papillenschicht.

Die Infiltrate in den Papillen traten in verschiedener Intensität auf. Selbst an einem Schnitte, der mehrere Bläschen traf, hatten die Papillen ein verschiedenes Aussehen. In manchen Fällen waren die Infiltrate so ausgedehnt, dass die Structur der Papillen undeutlich wurde; in Folge dessen war auch die Grenze zwischen Cutisbindegewebe und Epithel verwischt. Zu diesen zählt der Fall 10. Starke Infiltration wurde in den Fällen 6, 8, 9, 13, 15, schwache in 3, 4, 16 beobachtet.

Wie schon oben erwähnt, entspricht die Zahl der Leukocyten in der Blase nicht immer der Infiltration der Papillen und oberen Cutisschichten. Im Falle 1 enthielt die Blase fast gar keine Leukocyten bei starken Infiltraten der Cutis. Im Fall 8 war dieses Verhältniss ein gerades: die Blase eiterig, starke Infiltration der Papillen und Cutis.

Wie dies aus dem Fall 12 ersichtlich, treten schon in den Anfangsstadien der Krankheit Infiltrate der Papillen und oberen Cutisschichten auf. In diesem Fall wurde das Hautstück

noch vor der Blasenbildung excidirt, und zwar aus einer gerötheten Partie, in der Nähe der schon deutlich ausgebildeten Blase. An den Präparaten konnte man wahrnehmen, wie die Leukocyten aus den Papillen in die Schleimschicht einwanderten. In diesem Krankheitsstadium beginnen schon Degenerationsvorgänge in den Zellen, in Form von Vacuolen, Oedemen im Protoplasma und Kernschrumpfungen.

Aber auch nach Ablauf des Processes schwindet die Infiltration der Papillen und der Cutis nicht sofort. Im Fall 14, wo zur Untersuchung das letzte Krankheitsstadium, nämlich die Borke gelangte, sah man noch Leukocyten in die Stachelzellenschicht eindringen, bei Infiltration der Papillen und oberen Cutisschichten.

Mehr oder weniger starke Infiltration durch rothe Blutkörperchen beobachtete ich in der Cutis und Papillarschicht in grösserer Ausdehnung nur im Fall 16. Im Fall 8 traten schwache Infiltrate auf.

Die Leukocyteninfiltration der Cutis beschränkte sich für gewöhnlich auf den Verlauf der Gefässe, auf die Drüsen und epithelialen Haarscheiden. In einem Fall 10 waren die Infiltrate der Cutis so ausgedehnt, dass die Leukocyten selbst in die Hautmuskelfasern eindrangen.

Die Hautdrüsen und Haare boten ausser einer Infiltration mit mehr oder minder zahlreichen Leucocyten keine wesentlichen Veränderungen.

Die collagenen Hautbündel erschienen häufig ödematös, die elastischen Fasern blieben sichtbar unverändert.

Nerven waren nirgends zu finden.

In den Fällen 6 und 10 fand ich im Blaseninhalte zahlreiche Coccen, meist zu zwei in kleineren und grösseren Gruppen. Diese Mikroorganismen nahmen die Gram'sche Färbung an und drangen mit den Leukocyten in die oben beschriebenen mehrkernigen Zellen ein. Im Fall 1 waren auch die Haarbälge mit feinen Coccen erfüllt. Endlich bemerkte man im Fall 4 in der Cutis, unter der Blase ein Paar solitäre Bacillen, an Grösse die Tuberkelbacillen etwas überragend.

Als ich am Anfang meiner Arbeit ganze Abschnitte aus Unna und Pfeiffer citirte, bemerkte ich, dass Pfeiffer



zufolge die in den Herpesblasen zahlreich enthaltenen polynucleären Gebilde Plasmodien (Gregarinae) seien, und die ganze Krankheit eine Infection des Organismus durch erwähnten Parasiten sei. Pfeiffer will auch in den rothen Blutkörperchen Herpeskranker bewegliche, an Malariaplasmodien erinnernde Gebilde beobachtet haben.

Ich untersuchte Schnitte von excidirten Hautstücken, und nur in einer geringen Zahl der Fälle untersuchte ich den früheren Blaseninhalt mikroskopisch.

Die Pfeiffer'sche Methode, welche auf der Untersuchung des Blaseninhaltes in physiologischer Kochsalzlösung am Wärmetisch beruht, war mir unzugänglich. Trotz einer differenten Untersuchungsmethode muss ich bemerken, dass auch ich den Pfeiffer'schen ähnlichen mehrkernigen Gebilden begegnete; nur scheinen mir dieselben nicht Plasmodienhäufchen, sondern zellenreiches entartetes Epithel zu sein. In dieser Meinung wurde ich durch ganze Reihen von Uebergangsformen bestärkt.

Ganz verschieden sind die Ansichten Unna's über das Wesen des Herpes zoster.

Dieser Autor unterscheidet in der Herpesblase zwei Arten von Zellendegeneration: die ballonirende und die reticulirende. Am Anfang meiner Arbeit habe ich seine Ansichten ausführlich citirt; um an diesem Platz Wiederholungen zu vermeiden, will ich nur noch erwähnen, dass Unna zwölf Punkte angibt, die zur Differentialdiagnose beider Entartungen dienen sollen. Vergleiche ich die Beschreibungen und Zeichnungen aus dem Unna'schen Lehrbuche mit meinen Präparaten, so muss ich zugeben, dass die von Unna beschriebenen Zellenveränderungen im Wesentlichen auch in meinen Präparaten zu finden sind. Dabei muss ich bemerken, dass die Veränderungen der peripheren Zellen der Blase, an der Grenze der normalen Gewebe, von den Veränderungen der central gelegenen Zellen bedeutende Abweichungen darboten. Am Uebergang der unteren Blasengrenze in die seitlichen begegnete ich Zellen, die theils der einen, theils der anderen Gruppe angehörten.

Die morphologischen Veränderungen in den Seitentheilen der Blase bestanden in verschieden grossen und geformten



leeren Räumen im Zellprotoplasma. So lange die Zelle am Leben war, dürften diese Räume mit einer Flüssigkeit erfüllt gewesen sein, aus welcher bei Fixirung des Präparats zuweilen etwas Eiweiss in Gestalt feiner Körnchen ausfiel. Diese Körnung ist gröber als die Körnung des Zellprotoplasmas der benachbarten, unveränderten Epithelien und lässt sich in Folge dessen durch Färbung mit Eosin, sauerem Fuchsin, Pikrinsäure etc. unterscheiden.

Diese Körnung verhält sich wie die Protoplasmakörnung unveränderter Epithelien; daraus muss der Schluss gezogen werden, dass wir es hier mit einer Eiweisskörnung zu thun haben, und dass die grobkörnigen Stellen in den lebenden Zellen mit einer serumähnlichen Flüssigkeit gefüllt waren. Niemals jedoch füllte diese Körnung die leeren Räume vollständig aus. Wir begegnen Zellen, wo dieselbe fast vollkommen fehlt, in anderen beschränkt sie sich auf einen Zellraum oder füllt partiell alle leeren Räume aus.

Dort, wo diese leeren Räume wenig ausgebildet sind, d. h. wo nur ein Theil der Zelle dieselben enthält, ist das morphologische Verhalten des übrigen Protoplasmas sowie der Zellkerne ein normales. Das Protoplasma dieser Zellen ist ebenso schwach körnig, wie das der benachbarten, gesunden Zellen. Wollte man durchaus einen Unterschied herausfinden, so liesse sich bemerken, dass die Protoplasmakörnchen etwas weiter auseinanderstehen, somit zwischen denselben mehr homogene Substanz liegt, was einem grösseren Wassergehalt des Protoplasmas entsprechen könnte.

Bei geringer Ausdehnung des Processes ist der Kern dieser Zellen in Bezug auf Grösse und Menge und Anordnung des Chromatins gewöhnlich unverändert. Zuweilen ercheinen die Kerne in Folge Vermehrung des Kernsaftes vergrössert. Die so veränderten Zellen bleiben entweder in ihrer Gestalt unverändert, oder nehmen eine längliche, spindelförmige, rundlich abgeplattete Form an; diese Erscheinung hängt vom Druck seitens der Nachbarzellen und hauptsächlich des Blaseninhaltes ab. Die Zahl der Vacuolen in den Zellen war verschieden. Zuweilen begegnete ich Zellen mit einer Vacuole, viel häufiger



jedoch mit 2, 3 und mehr, so dass das Protoplasma einen fast reticulären Bau besass.

Bei grösserer Vacuolenzahl, wie dies in den späteren Stadien der Fall ist, beginnen die Kerne zu schrumpfen an, behalten jedoch wahrscheinlich ihr ganzes Chromatin. In diesem Stadium erscheinen die Zellen im Präparat als reticulirtes Gebilde, welches in den Schlingen körnige, schwach tingirte Massen enthält mit einem lebhaft gefärbten, geschrumpften Kerne. Zuweilen, bei Zerfall solcher Zellen sehen wir den Rest des Protoplasmas und des Kerns in Gestalt formloser, grobkörniger Massen.

Wie schon oben erwähnt, bildeten die so veränderten Zellen die seitliche Begrenzung der Blasen. Je nach dem Fall waren sie in mehr oder weniger zahlreichen Schichten vorhanden. Zuweilen war nur eine Schicht da, öfter jedoch mehrere; in den oberen d. h. dem Stratum corneum anliegenden Partien waren diese Zellen selten zahlreich. In den tieferen Schichten der Blase war ihre Zahl mehr oder minder beträchtlich.

In den Vacuolen dieser Zellen wurden niemals Parasiten beobachtet.

Auf Grund obiges bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass die beschriebenen Veränderungen der Epithelzellen zu jener Gruppe gehören, welche im Jahre 1865 zuerst von O. Weber als hydropische Degeneration beschrieben wurde. Diese Veränderungen wurden dann von verschiedenen Autoren bei Hautkrankheiten und noch öfter bei Erkrankungen der mit mehrschichtigem Plattenepithel bedeckten Schleimhäute beschrieben.

Diesen von den Autoren unter verschiedenen Benennungen beschriebenen Veränderungen begegnen wir bei Oedemen, Pocken, Pemphigus, Hautverbrennungen u. s. w.

Somit ist die von Unna genannte reticulirende Degeneration, meines Erachtens, eine hydropische Degeneration, welche in den späteren Stadien die reticulirende Form gibt. Diese Art der Degeneration fasste Unna als eine besondere auf.

Ganz anders sehen die Veränderungen der im Blaseninhalt und Boden gelegenen Zellen aus. Es hängt dies wahr-

scheinlich damit zusammen, dass der den Herpes hervorrufende Entzündungsreiz an diesen Stellen am intensivsten gewirkt hat. Die so veränderten Zellen liegen gewöhnlich vereinzelt, zuweilen jedoch gruppenweise, wobei sie entweder der Blasenwand anliegen, oder in deren Inhalt schwimmen; am zahlreichsten sind sie stets in der Gegend der Basis. Falls die Blase noch ein Fibrinnetz enthält, tritt dasselbe stellenweise massenhaft auf, andere Höhlen werden dagegen nur an ihrer Peripherie von denselben ausgefüllt; die veränderten Epithelzellen liegen in den Schlingen des Fibrinnetzes.

Obwohl bei der zweiten Art der Degeneration die Zellen ein sehr verschiedenes Aussehen haben, so besitzen sie alle doch gewisse gemeinsame Merkmale.

In jedem Präparat begegnet man zahlreichen Uebergangsformen zwischen den verschiedenartigsten Zellen. Dies beweist, dass, trotz verschiedener äusserer Gestalt, das Wesen der pathologischen Veränderungen überall dasselbe bleibt.

Die am stärksten veränderten Zellen erscheinen in Gestalt abgerundeter homogener, glasartiger theils glänzender, theils matter Klumpen, welche entweder ganz kernlos sind, oder einen schwach contourirten Kern besitzen. Diese Klümpchen geben Eiweissreaction; wir haben es somit zweifellos mit Veränderungen zu thun, welche von Weigert als Coagulationsnecrose beschrieben wurden.

Zu dieser Gruppe gehören wohl am ehesten jene Zellen, deren Kern noch Chromatin enthält, doch im Zustande bedeutender Desorganisation. Die Chromatinveränderungen entsprechen der Caryorrhexis und Caryolysis der Autoren. Im ersten Fall liegt das Chromatin in Form grosser unregelmässiger Klumpen an der Kernperipherie, oder füllt denselben unregelmässig aus, im zweiten Fall färbt sich der Kern ganz unregelmässig; es ist kein deutliches Chromatinnetz zu sehen. Zugleich verändert sich das Aussehen des Protoplasmas. Dasselbe tritt zunächst als mehr oder weniger breiter, homogener, zuweilen glänzender oder matter Saum an der Zellperipherie auf. Das Protoplasma verhält sich ganz analog, wie in den obenbeschriebenen homogenen Klümpchen. Zuweilen bemerkt man noch zwischen dem veränderten Protoplasmasaum und dem



Zellkern einen mehr oder weniger breiten Protoplasmastreifen, welcher sich durch eine feine Körnung auszeichnet und sich wie wenig oder gar nicht verändertes Zellprotoplasma färbt. Die morphologischen Alterationen der Kerne und ihr Färbungsverhalten beweisen zweifellos, dass dieselben necrotisch sind; die Veränderungen an der Zellperipherie weisen auf beginnende Eiweissgerinnung hin. Diese fortschreitenden Veränderungen führen zu vollständiger Coagulationsnecrose und zur Bildung homogener Klümpchen.

Diese Form beweist, dass die Coagulation der Epithelzellkörper bei Herpes zoster in folgender Reihenfolge vor sich geht.

1. Die Veränderungen beginnen nicht mit der Auflösung des Chromatins im Zellkern; denn wir begegnen des öfteren Zellen mit homogen geronnenem glänzendem, glasigem Protoplasma, während der veränderte Kern noch mehr oder weniger Chromatin enthält.

2. Ferner beginnt die Gerinnung des Protoplasmas in den necrotischen Zellen, deren Kerne noch zum Theil chromatinhältig sind — von der Peripherie der gequollenen und abgerundeten Zelle und schreitet allmälig gegen das Centrum fort. Der Process schreitet immer weiter fort, wobei das Chromatin allmälig schwindet und wir endlich statt der Zelle ein homogenes Klümpchen vor uns haben.

Die interessanteste Art der eben beschriebenen necrotischen Zellen sind diejenigen, welche das Aussehen von polynucleären Zellen haben. Diese Zellen sind zu der oben beschriebenen Gruppe zu zählen; der Unterschied besteht darin, dass die Protoplasmagerinnung in den zu einer Gruppe gehörigen Zellen in jenen Zellen beginnt, welche in der Peripherie der Gruppe gelegen sind. Zugleich fliessen sie gleichsam in ein Ganzes zusammen. Auf diese Weise sieht die mit einem Saum von theils homogenem, glasigem, theils feinkörnigem geronnenem Protoplasma umgebene Gruppe wie eine Riesenzelle aus. Später breitet sich die Gerinnung allmälig von den peripheren auf die centralen Zellen der betreffenden Gruppe aus.

Eine weitere Mannigfaltigkeit im Aussehen der todten Zellen hängt davon ab, dass der Necrose nicht nur die



ruhenden, sondern auch die in Vermehrung begriffenen Zellen anheimfallen. Nur geschieht die Vermehrung durch Fragmentation auf dem Wege der Caryomitose. Deshalb sehen wir in den einzelnen Epithelzellen oder in den Bestandtheilen der Zellgruppen — statt eines zwei, drei, vier und mehr verschieden grosse und gestaltete Kerne; zuweilen sind diese Kerne noch mittels Brücken aus Kernsubstanz miteinander verbunden. Diese Zellen enthalten gewöhnlich viel Chromatin, zuweilen verlieren aber die Kerne dasselbe; ebenso tritt auch hier Caryorrhexis und Caryolysis auf. Diese Bilder lassen sich nicht anders erklären, als durch die Annahme, die Zellen wären abgestorben, während sie in Begriff waren, sich durch Fragmentation zu vermehren.

Ferner sieht man im Verlaufe des Processes, dass auch solche fragmentirte Kerne allmälig ihr Chromatin verlieren, und dass man bei vollständiger Coagulation, sei es einzelner Zellen, sei es ganzer Gruppen schliesslich homogene, durchscheinende Klümpchen bekommt.

Unter den beschriebenen vielkernigen Zellen begegnet man Gebilden, welche zuweilen mehrere Dutzend Kerne enthalten und zwar theils in homogenem glasigem, theils in körnigem Protoplasma. Diese Kerne sind verschieden, meist unregelmässig gruppirt. Ihre Form und Grösse variirt. Stellenweise sieht man neben kleinen, chromatinreichen Kernen grosse, rundliche oder ovale, was zu beweisen scheint, dass während sich in einer Zellgruppe die Kerne fragmentirten, in einer anderen Ruhe herrschte. In allen jedoch treten auch weiter Desorganisationssymptome, nämlich Caryorrhexis und Caryolysis auf.

Die Coagulation endigt in allen diesen Zellinseln mit einer Umwandlung in ein ziemlich grosses Klümpchen mit verschieden desorganisirten Kernen. Somit haben diese Gebilde völlig das Aussehen von Riesenzellen, aber in Wirklichkeit sind es Conglomerate dicht aneinanderliegender, früher solitärer Epithelzellen.

Alle diese Veränderungen der Epithelzellen traten in verschiedenen Fällen von Herpes in verschiedener Intensität auf. Es herrschten jene oder andere Formen vor neben einer ganzen Menge Uebergangsformen. Somit haben wir es in allen Fällen mit einem und demselben Processe zu thun, nämlich



mit der Coagulationsnecrose, durch welche die Zelle in einem gewissen Lebensabschnitt überrascht wurde. Die übrigen Veränderungen des Chromatins müssen als postmortale Veränderungen der Zelle aufgefasst, und von der Wirkung des Blaseninhaltes auf die abgestorbenen Zellen, von der Vertrocknung der Blase, secundärer Bakterieninfection etc. abhängig gemacht werden.

Möglicherweise hängt die Fibrinbildung im Verlaufe der Blasenentstehung mit dem Tode der Epithelzellen zusammen. Die absterbenden Zellen liefern eine gewisse Quantität Fibrinferment, dank welchem das Fibrinogen der Blasenflüssigkeit gerinnt.

Meines Erachtens wären also alle Veränderungen auf Weigert's Coagulationsnecrose zu beziehen, jedoch mit der Modification, dass die absterbenden Kerne verschiedene Mengen Chromatin enthalten, welches dann ganz oder zum Theil verschwinden kann; dies ist aber schon eine postmortale Erscheinung. Ein Unterschied besteht auch in der Coagulation der peripheren Protoplasmaschichten und in dem Zusammenfliessen der Zellen in Gruppen, welche das Aussehen von Riesenzellen haben.

Alle diese Veränderungen bringt Unna unter eine neue Art der Degeneration, nämlich die sogenannte ballonirende. Meine Ausführungen scheinen aber genügende Beweise zu liefern, dass es sich in diesen Fällen lediglich um die Weigert'sche Coagulationsnecrose handelt.

Demnach sind die Veränderungen bei der Herpes zoster genannten Hautentzündung ganz analog ähnlichen pathologischen Processen in anderen Organen. Die Haut unterliegt denselben Veränderungen und reagirt ebenso auf die uns unbekannten Krankheitsursachen.

Was ist die Ursache des Herpes zoster? Sind es die Nerven oder eine specifische Infection des Organismus? Meine Untersuchungen haben zur Pathogenese dieses Leidens wenig beigetragen. In den Präparaten begegnete ich mehrmals Bakterien meist in Gestalt von Diplococcen oder von vereinzelten Stäbchen in den oberen Cutisschichten. Doch messe ich diesen Mikroorganismen keine specielle Bedeutung bei. Allerdings spricht



der ganze klinische Krankheitsverlauf, die zuweilen auftretende allgemeine Reaction des Organismus in Form von Temperaturerhöhung, Schüttelfrost, Ziehen in den Gliedern — für einen infectiösen Ursprung des Herpes zoster. Berücksichtigen wir ferner die rasch auftretenden Veränderungen in den Zellen des Bläschens, welche einerseits denen bei Variola, andererseits der Veränderung nach Canthocidin ähnlich sind, so müssen wir den infectiös-toxischen Ursprung der Zelldegeneration, resp. der Krankheit selbst annehmen.

Inwiefern die Nerven den Verlauf oder die Entstehung des Leidens beeinflussen — lässt sich schwer bestimmen, da die Nervenendigungen in der Haut mittels der üblichen Methoden nicht constatirt werden können; die speciellen Methoden gaben mir gleichfalls keine positiven Resultate.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. IV—IX.

Alle Zeichnungen wurden mit Hilfe der Reichert'schen Zeichnungskammer gemacht. Da dieselben in der Höhe der Basis des Mikroskopes (am Tisch) und nicht in der Höhe des Objecttisches ausgeführt wurden, ist die Vergrösserung bedeutend grösser, als es die Berechnungen im Reichert'schen Katalog aufweisen.

Tafel IV. Ausgebildete Zosterblase. Hämatoxylin-Eosinfärbung (Reichert Ocul. 2, Obj. 6, ausgezogener Tubus).

a) Exsudat in der Blase.

b) Mehrkernige pigmenthaltige Zellen.

c) Pigmenthaltige Zellen.

Tafel V. Zwei Blasen, von einander durch einen dünnen Retesaum geschieden. Am Rande der einen Blase Spalten und Höhlen. Hämatoxylin-Eosinfärbung (Reichert Ocul. 2., Object 6, ausgezogener Tubus).

a) Exsudat in den Blasen.

b) Stratum granulosum.

c) Vielkämmerige, pigmenthaltige Zellen.

d) Spindelförmige Retezellen.

e) Pigmentzellen.

Tafel VI. Herpesblase mit Fibrin, entarteten Zellen, Leukocyten und rothen Blutkörperchen. Färbung mit Orcein, Löffler's Methylenblau und Eosin (Reichert Ocul. 2, Object 8a).

a) Fibrinnetz.





b) Vielkernige Zellen.

c) Pigmentzellen.

d) Kernlose, homogene Schollen.

e) Leukocytengruppe.

f) Bakterien.

Tafel VII. Zeichnung A. Nekrotischer Herd im Stratum Malpighii.

Unten ein Haardurchschnitt. Hämatoxylin-Eosinfärbung. (Reichert Ocul. 2. Object 8a, Tubus ausgezogen.)

a) Stratum granulosum.

b) Ein Haar.

c) Spalten im Stratum Malpighii.

d) Entartete Zellen mit hämogen gefärbtem Protoplasma.

Zeichnung B. Abnorme Verhornung. Eine Schicht körniger Zellen über dem normalen Stratum granulosum liegend. Hämatoxylin-Eosinfärbung. (Reichert Ocul. 2, Object 6, ausgezogener Tubus.)

a) Eine Gruppe granulirter Zellen.

Zeichnung C. Eine über dem Stratum granulosum liegende Blase bestehend aus degenerirten Zellen, nekrotischen Massen und Leukocyten. Hämatoxylin-Eosinfärbung. (Reichert Ocul. 2, Object 6, Tubus ausgezogen.)

a) Stratum granulosum.

b) Blaseninhalt.

Tafel VIII. Doppelte Blase; eine Reteschicht als Scheidewand. Seitlich mehrere kleinere Bläschen zwischen Rete und Papillarschicht. Das Präparat aus Fleming'scher Lösung mit Safranin und Pikrinsäure gefärbt. (Reichert Ocul. 2, Object 4, ausgezogener Tubus.)

a) Primäre Blase.

b) Secundäre Blase.

c) Spindelzellen.

d) Exsudat in der Blase.

e) Infiltrate in der Cutis.

Tafel IX. Verschiedene Formen und ganze Gruppen polynucleärer Zellen in verschiedenen Stadien von Entwicklung und Zerfall, die einzelnen Zeichnungen stammen aus verschiedenen Fällen von Herpes zoster. Hämatoxilin-Eosinfärbung. (Reichert Ocul. 4, homogene Immersion 1/18. Tubus ausgezogen.)

Zum Schluss sei es mir gestattet, dem Herrn Prof. Przewoski für seine Hilfe bei der Verfassung vorliegender Arbeit, und dem Herrn J. Eismond, Cand. der Naturwissenschaften, Assistenten am Institut für vergleichende Anatomie, für die Ausführung der Zeichnungen zu danken.

---

b

b

a

b

c

b

b

c

Kopytowski: Herpes zoster.

Ad nat. del. J. Eismond

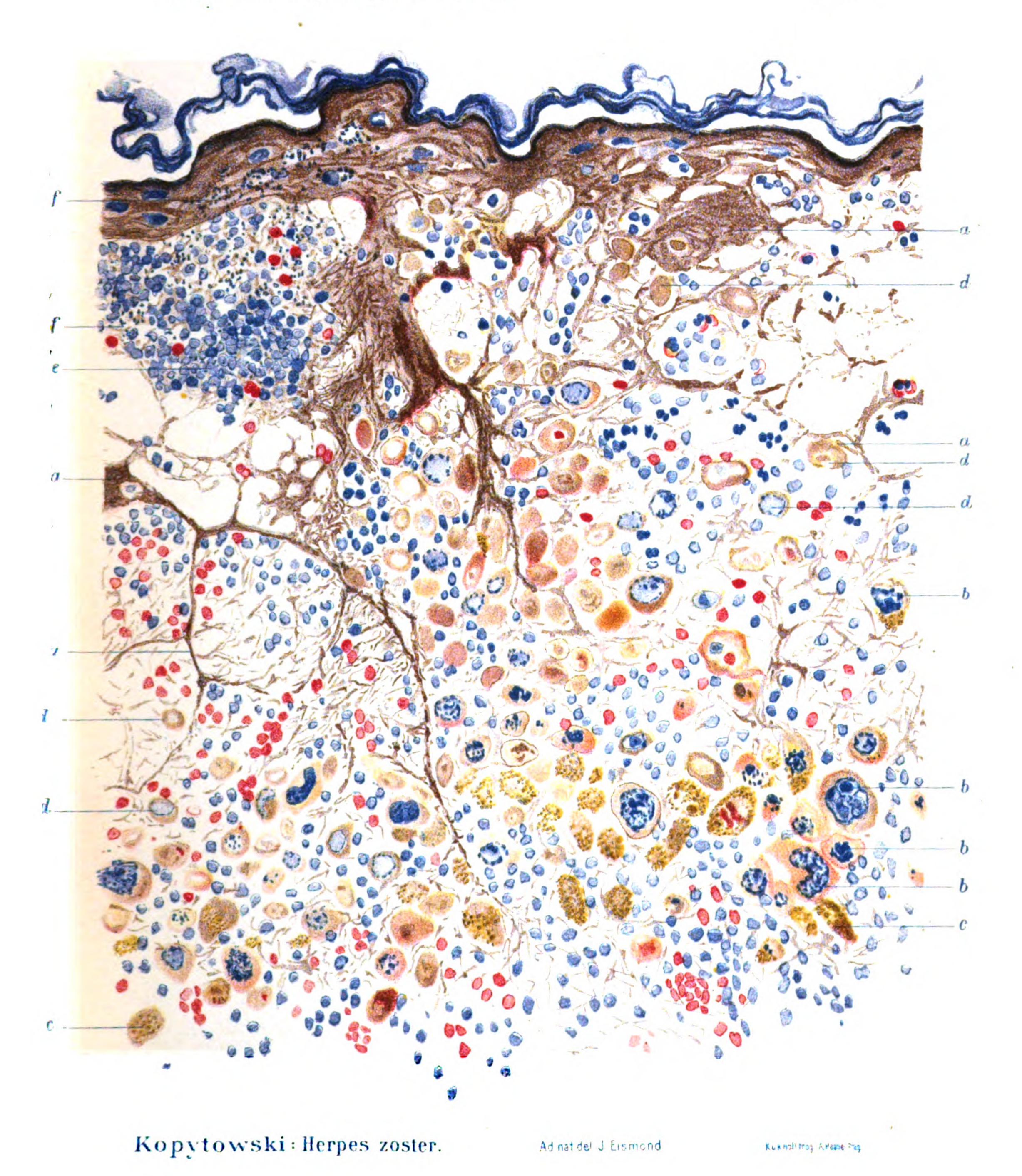


Kopytowski: Herpes zoster.

Ad nat. del. J. Eismond.

K.u.k. Hoflithogr. A. Haase Prag





Kopytowski: Herpes zoster.

Ad nat del. J. Eismond

Kopytowski: Herpes zoster.

Ad nat del. J. Fismond



Kopytowski: Herpes zoster.

Ad nat del J. Lismond



Kopytowski: Herpes zoster. Ad.nat.del J. Eismond. K.u.k.Hoflithogr. A.Haase Prag.



Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik des Prof. F. J. Pick in Prag.

Weitere Erfahrungen über die Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung.

Von

Doc. Dr. **Ludwig Waelsch,**
I. Assistent der Klinik.

Eine jede Behandlungsmethode bedarf eines längeren Zeitraumes zu ihrer Prüfung an einer grösseren Zahl von Fällen, bevor man in der Lage ist, über dieselbe ein abschliessendes Urtheil abgeben zu können. Ich möchte daher in Folgendem kurz berichten über die Ergebnisse der Injectionsbehandlung der Bubonen mit physiologischer Kochsalzlösung, welche an allen im Jahre 1898 und 1899 beobachteten Fällen der Klinik meines verehrten Chefs, Herrn Professor F. J. Pick, durchgeführt wurde.

Ich fühle mich dazu umsomehr verpflichtet, als seit der, diese Methode empfehlenden Mittheilung Liebitzky's, eine Publication von Grundfest vorliegt, welcher keine besonders ermuthigenden Resultate verzeichnen konnte, und auch in der allerjüngsten Zeit Adrian diese Methode von vorneherein, augenscheinlich ohne sie an Kranken geprüft zu haben, verwirft.

Es kamen in der vorerwähnten Zeit im Ganzen 104 venerische Bubonen im Anschlusse an weiche, zumeist hinterher indurirende Schanker in unsere Behandlung. Von diesen müssen 19 eliminirt werden, nachdem sie entweder schon perforirt an die Klinik kamen, oder innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme perforirten. Diese hohe Zahl verschleppter Fälle ist ein Beweis dafür, dass wir leider ver-



hältnissmässig selten in die Lage kommen, ganz frische Fälle zu sehen; zumeist ist schon mehr weniger ausgedehnte Suppuration mit starker Verdünnung der deckenden Haut nachzuweisen.

Es verbleiben demnach 85 Fälle, an denen sämmtlich die Injectionsbehandlung durchgeführt wurde. Von diesen heilten 53 = 62·3 % in durchschnittlich 15·6 Tagen.

Bei den übrigen 32 Bubonen wurde, nachdem sich durch die Injectionsbehandlung ein Erfolg nicht erzielen liess, die Operation angeschlossen, und erwies sich dieselbe, wie schon in meiner ersten diesbezüglichen Publication erwähnt, zumeist sehr einfach. Sie beschränkte sich auf eine Spaltung des Abscesses, ohne die Nothwendigkeit einer Auslösung der theils völlig zerfallenen, theils rückgebildeten Drüsen. In Folge dessen entstanden auch kleinere Wundhöhlen, die kurze Zeit zu ihrer Ausfüllung brauchten.

Es besteht daher die Befürchtung Grundfest's nicht zu Recht, dass durch die vorangehende Injectionsbehandlung bei Erfolglosigkeit derselben Zeit verloren gehe, und dadurch der Vortheil der von ihm auch zugestandenen vereinfachten Operation in Folge „der bereits eingetretenen Einschmelzung und des Rückganges der peripheren Infiltration" nicht besonders hoch anzuschlagen sei. Ich möchte vielmehr gerade darin, dass Grundfest dies ebenfalls beobachtet hat, einen Grund sehen, die Injectionsbehandlung in allen Fällen zu versuchen, zumal ja bei zu Zerfall tendirenden Bubonen dieser Zerfall nach den Injectionen rapider vor sich geht.

Denn ist Hoffnung vorhanden, dass der Bubo unter Injectionen ausheilt, was sich aus dem Rückgang der Schwellung, bei vereiterten Drüsen aus der geringeren und langsameren Füllung der Bubohöhle nach der Aspiration und der Veränderung ihres Inhaltes erkennen lässt, indem die aspirirte Flüssigkeit allmälig ein blutig seröses, rothweinartiges Aussehen erhält, so ist damit die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt, der Eingriff selbst der denkbar einfachste und fast schmerzlose.

Ist jedoch der Zerfall unaufhaltsam, so haben eben die Injectionen „präparatorisch" für die spätere Operation gewirkt, indem sie den Zerfall der dem Gewebstode geweihten Drüsen beschleunigten und dadurch indirect die Heilungsdauer abkürzten.



Ausserdem möchte ich hier nochmals besonders hinweisen auf das ebenfalls von Grundfest bestätigte, fast regelmässige Verschwinden der spontanen und Druckschmerzhaftigkeit der Bubonen nach erfolgten Injectionen, ein Umstand, der die Methode besonders für die ambulatorische Behandlung geeignet erscheinen lässt.

Wir selbst versuchten auch in mehreren Fällen diese ambulatorische Behandlung. Ich kann aber leider über den Ausgang derselben nichts berichten, weil die ambulanten Kranken nach 1—2 Injectionen, und dadurch bedingter Schmerzlosigkeit und Abnahme der Drüsenschwellung einfach ausblieben. Schlecht dürfte es ihnen nicht ergangen sein, denn sonst hätten sie sich wohl wahrscheinlich wieder eingestellt.

Dagegen verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Collegen Liebitzky in Aussig die freundliche Mittheilung, dass er eine grössere Zahl von Bubonen durch die ambulatorisch durchgeführte Injectionsbehandlung zur Heilung brachte. Von diesen Fällen möchte ich einen deswegen hervorheben, weil der betreffende Kranke zweimal täglich in eine $^3/_4$ Stunden von der Stadt entfernte Fabrik gehen musste, ohne dass dadurch eine Beeinflussung des Heilungsverlaufes sich ergeben hätte. Dies erhellt daraus, dass der Bubo in 13 Tagen geheilt war.

Es ergibt sich also aus dem Vorstehenden, dass wir in der Injection mit physiologischer Kochsalzlösung eine Methode besitzen, welche in allen Fällen des Versuches werth ist, in welchen wir überhaupt zur Injectionsbehandlung greifen wollen oder noch greifen können. Mislingt der Versuch, was dadurch kenntlich wird, dass die Abscesshöhle trotz ihrer Entleerung durch Aspiration sich immer wieder füllt, ohne dass ihr Inhalt eine Veränderung seiner Farbe und seiner Consistenz erhält, oder ihre Decke rapide Verdünnung und Einschmelzung zeigt, oder endlich die Einstichöffnungen der Injectionen sich in schankröse Geschwüre umwandeln, so werden wir selbstverständlich zu einem operativen Eingriff schreiten; thäten wir dies nicht, dann machten wir uns freilich einer Zeitvergeudung schuldig, die um so schwerer in's Gewicht fällt, nachdem die Operation dann ja doch unausweichlich ist.

Von den Momenten, welche die Operation gebieterisch erheischen, möchte ich hier besonders hervorheben das Schankröswerden der Einstichsöffnungen. Wir haben dies verhältnissmässig sehr selten gesehen. Und wenn wir in diesem Umstande einen Beweis für die Virulenz des Bubo erblicken, so ist die Zahl der virulenten Bubonen an unserer Klinik eine verschwindend kleine gegenüber den Zahlen Adrians, der in 25 Fällen 13 virulente und 12 avirulente Bubonen beobachten konnte. Und wenn wir auch mit dem Eiter unserer Bubofälle directe Ueberimpfungen nicht angestellt haben, so beweist doch das seltene Schankröswerden der Einstichsöffnungen geradezu, wie ein Impfexperiment, dass nur eine geringe Zahl dieser Adenitiden in sich virulente gewesen. Freilich müssen wir hiebei auch noch im Auge behalten, dass nicht jeder Buboeiter ab initio inoculabel ist, vielmehr die Inoculabilität erst nach Eröffnung des Bubo eintreten kann. Es wäre aber wohl zu weit gegangen, gerade dieses Moment zur Erklärung des Umstandes heranzuziehen, dass die Injectionsstellen nicht schankrös werden, aus welchen nach Herausziehen der Nadel besonders bei schon etwas verdünnter Haut immer ein geringes Nachsickern leicht getrübter Flüssigkeit erfolgt.

Jedoch noch eine weitere Erwägung lässt uns die Behauptung Adrians: Der Bubo komme ausnahmslos zustande durch Eindringen des Ducrey'schen Bacillus, als zu weitgehend erkennen. Die sorgfältigen Untersuchungen Spietschkas an unserer Klinik, sowie die früherer und späterer Autoren haben gezeigt, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle das Suchen nach den Bacillen im Buboeiter ein vergebliches Bemühen ist. Würde jeder Bubo die erwähnten Mikroorganismen enthalten (von welchen man ja ohne vorausgegangenes Impfexperiment nicht wissen kann, ob sie virulent oder nicht virulent sind), so wäre es von vornherein ein Nonsens, durch welche Injectionsbehandlung auch immer eine Abortivbehandlung zu versuchen. Dieser Gedankengang wurde in meiner ersten diesbezüglichen Publication entwickelt: Ich wies darauf hin, dass wir, vorausgesetzt, dass im Bubo Ducrey'sche Bacillen enthalten sind, von den gebräuchlichen Methoden, bei welchen antiseptisch wirkende Lösungen in die Bubohöhle eingespritzt werden, auf

Grund der Erwägung nichts erwarten können, weil alle diese Stoffe sich gegen das im Chancre selbst zugängliche Virus auch in viel stärkerer Concentration als ziemlich unwirksam erwiesen haben.

Es freut mich, dass Adrian denselben Gedankengang verfolgt, indem er fragt: „Sind wir nun im Stande, bei vorgeschrittener Eiterung — und solchen Fällen begegnen wir in der Praxis nicht allzu selten — die noch vorhandene Virulenz der Bacterien in der Bubohöhle vor der Eröffnung mit dem Messer zu vernichten? Ich muss sagen, dass wir mit diesen Versuchen ein klägliches Fiasko erlitten haben. Wir haben durch nichts beweisen können, dass dieses oder jenes Mittel im Stande sei, mit Sicherheit die Virulenz des Buboeiters zu vernichten."

Trotz dieser jeden Versuch einer Abortivbehandlung verdammenden Sätze Adrians berichten aber nun doch verschiedene Autoren über gute Resultate der Abortivbehandlungsmethode des Bubo, welchen ich die meinen mit physiologischer Kochsalzlösung an die Seite stellen kann. Wenn nun auch von Adrian hervorgehoben wird, dass die Einspritzung antiseptischer Stoffe wertlos sei, aber dennoch sich mit ihnen nach zahlreichen Beobachtungen Anderer ein guter Erfolg erzielen lässt, den ich mit einer indifferenten Flüssigkeit ebenfalls aufweisen konnte, so ist damit der Beweis erbracht, dass es weniger darauf ankommt, was injicirt wird, als vielmehr darauf, dass überhaupt eine Flüssigkeit, eventuell nach vorausgegangener Aspiration des Buboeiters eingespritzt wird. Ich möchte daher aus dem in vielen Fällen unläugbaren Erfolge der Injectionsbehandlung mit einer indifferenten Flüssigkeit auf Grund der erwähnten theoretischen Erwägungen im Gegensatze zu Adrian den Schluss ziehen, dass unmöglich alle Bubonen ausnahmslos den Mikroorganismus des weichen Chancres enthalten; wäre dies der Fall, so könnte nur die chirurgische Behandlung durch Entfernung der erkrankten Drüsen gute Resultate ergeben.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, meinem verehrten Chef, Herrn Professer Pick, für die freundliche Ueberlassung des Krankenmateriales meinen ergebensten Dank auszusprechen.



Literatur.

Waelsch. Beiträge zur Abortivbehandlung der Bubonen. Dieses Archiv. Bd. XLIX.

Liebitzky. Ueber die Erfolge der Abortivbehandlung des venerischen Bubo nach Waelsch. Prager med. Wochenschrift. 1898. Nr. 19.

Grundfest. Zur Abortivbehandlung der Bubonen. Wiener klin. Wochenschrift. 1898. Nr. 32.

Adrian. Zur Kenntniss des venerischen Bubo und des Bubonen-eiters. Dieses Archiv. Bd. XLIX.

Zur Frage von der Behandlung mit Quecksilber-Säckchen.

Von

Professor **Edvard Welander**
in Stockholm.

Im Archiv für Dermatologie und Syphilis, Band LI, hat Schuster einen Aufsatz: „Zur Behandlung mittels Quecksilbersäckchen und Mercolint" veröffentlicht, in welchem er sagt: „Die uns hier und l. c. interessirende Hauptfrage bleibt die, ob die Welander'sche Säckchenbehandlung, oder die an Stelle des Sackes von Blaschko (s. Berliner Kl. Wochenschr., Nr. 46, Nov.) eingeführte Mercolintbehandlung, d. h. die mittelst Baumwollenlappen oder Schurze, welche in gleichmässiger Weise mit Hg imprägnirt und von Beiersdorf-Hamburg zu beziehen sind, ob diese ein ausreichender Ersatz der bis jetzt üblichen Einreibecur ist oder zu werden verspricht?"

Anlässlich theils dieses, theils ein paar anderer Aufsätze, in denen über das mit der Behandlung mit Quecksilbersäckchen erhaltene Ergebniss berichtet wird, möchte ich gern einige Worte äussern, erstens in Betreff der Schlüsse, die hinsichtlich des therapeutischen Werthes der Methode gezogen worden sind, zweitens vor allem in Betreff der Frage von der Absorption des Quecksilbers, denn neue Untersuchungen haben mich überzeugt, dass, wie ich angegeben, bei der Behandlung mit Hg-Säckchen eine schnelle und kräftige Absorption von Hg stattfindet und nach der Behandlung Hg lange und kräftig im Organismus remanirt, wogegen die Ansicht, der ich hinsicht-



lich des Weges der Absorption des Quecksilbers am meisten zugeneigt habe, nämlich dass dieselbe zum allergrössten Theil durch die Respirationsorgane geschieht, nicht ganz richtig ist, da, wie Piccardi gezeigt hat, Hg auch durch die Haut absorbirt wird, jedoch, wie von mir stets hervorgehoben worden ist, kein eingeriebenes, sondern nur verdunstetes, d. h. in Dämpfe aufgelöstes.

In den Wiener Med. Blättern vom 29. März 1900 theilt Gschwend mit, dass er in Jarisch's Abtheilung in Graz eine grosse Anzahl Versuche mit diesen Hg-Säckchen angestellt habe, von welchen Versuchen 46 ganz, wie ich es vorgeschrieben und 16 mit einer Abänderung meiner Vorschriften ausgeführt worden sind. Er hat diese Fälle nicht ausgewählt, was daraus zu ersehen ist, dass von ihnen 28 maculöse, 22 lenticuläre, 5 kleinpapulöse (Lichen syph.), 5 pustulöse und 2 Syphilide ohne universales Exanthem waren. Von dem therapeutischen Ergebnisse sagt er: „Bezüglich der Wirkungsweise der Quecksilbersäckchen ergab sich das erfreuliche Resultat, dass bis zum Verschwinden des Exanthems mittelst der Welander'schen Methode durchschnittlich nur 14 Säckchen und mittelst der modificirten Behandlung bloss 15 Säckchen nothwendig waren, während ich z. B. bei einer Zusammenstellung von 50 beliebigen Krankengeschichten des Jahres 1898 aus der Grazer dermatologischen Klinik gefunden, dass diesbezüglich 16 Einreibungen erforderlich waren." Dieses ist ja ein sehr günstiges Ergebniss, und dasselbe steht ganz mit dem von mir in Hunderten von Fällen gewonnenen in Uebereinstimmung.

Aber, sagt Gschwend, die Methode hat doch, ungeachtet ihrer Verdienste: Einfachheit und Reinlichkeit, ihre Ungelegenheiten, und diese sind: oft auftretende Stomatitis und schnell eintretende Recidive.

Gschwend hat Stomatitis in 35 Proc. der mit Hg-Säckchen, aber nur in 14 Proc. der mit Einreibungen behandelnden Fälle auftreten sehen. Hierbei will ich auf das Eigenthümliche hinweisen, dass sowohl in meiner privaten Praxis, wie auch im Krankenhause St. Göran sehr selten Fälle von Stomatitis vorgekommen sind, ja so selten, dass ich bei den Vorlesungen im Krankenhause oft wochenlang keinen Fall von

Stomatitis habe vorzeigen können. Da wir nun faktisch so wenig von der Ursache der mercurialen Stomatitis wissen, will ich hier durchaus nicht versuchen, eine hypothetische Erklärung ihres so verschiedenen Auftretens in Graz und an anderen Stellen und im Krankenhause St. Göran zu geben. Ich will nur auf einige Worte hinweisen, die ich in dieser Frage in einem Aufsatz: „Einige Worte über die Mercolintschürze," in der Festschrift für Herrn Hofrath J. Neumann geäussert habe.

Eine viel wichtigere Anmerkuug von Gschwend ist die, dass Recidive so früh auftreten, weshalb ich auch etwas näher darauf eingehen will.

Es ist äusserst schwer, auf Grund der auftretenden Recidive zu entscheiden, welche Methode vor anderen den Vorzug verdient, und es ist nothwendig, dass man als Stütze für ein solches Urtheil Fälle wählt, die man Gelegenheit gehabt hat, lange zu verfolgen und genau zu beobachten. Welche Behandlungsmethode man auch anwenden mag, so sieht man in den meisten Fällen, wenn man sie lange und genau zu beobachten Gelegenheit hat, Recidive oder doch wenigstens das eine oder andere Symptom auftreten, sofern nämlich die Krankheit sich in einem frühen Stadium befindet. Wenn man nun Gelegenheit hat, alle Fälle einer Untersuchungsserie zu verfolgen, so kann die Angabe über die eingetretenen Recidive selbstredend eine ganz andere werden, als wenn man genöthigt ist, seine Berechnungen in dieser Hinsicht nach einigen Fällen zu machen, die man zufällig in der Lage ist verfolgen zu können. Vergleicht man zwei Behandlungsmethoden mit einander und hat man Gelegenheit, je 20 Procent der Fälle in denen man sie zur Anwendung bringt, zu verfolgen, so kann es der Zufall fügen, dass von der einen Serie einige Fälle von früh auftretendem Recidiv aufgezeichnet werden, während man von der anderen keinen solchen Fall zu sehen bekommt, obschon frühe Recidive auch hier, und vielleicht sogar in grösserer Anzahl als auf der anderen Seite eintreffen können. Sollte man nun nach diesen wenigen Fällen, die man zufälligerweise beobachten kann, urtheilen und von der einen Methode sagen wollen, dass bei ihrer Anwendung oft frühe Recidive eintreten, und von der andern, dass bei ihr nie, oder beinahe

nie frühe Recidive vorkommen, so würde man ja ein ganz falsches Urtheil fällen, und noch unrichtiger würde es sein, daraus den Schluss zu ziehen, dass bei Anwendung der einen Methode Hg nur eine kurze, bei Anwendung der anderen eine lange Zeit im Organismus remanirt. Zur Anstellung eines Vergleiches zwischen zwei Methoden in dieser Hinsicht taugen nur Serien, wo alle Fälle haben beobachtet werden können.

Aber nun haben wir uns darüber klar zu werden, was unter einem Recidiv zu verstehen ist. Zuweilen, namentlich in einem frühen Stadium der Krankheit, können wir ja bei einer Person, die viel raucht, eine geringe, unbedeutende Syphilide érosive im Munde, oder bei einer Person, die sich nicht rein hält, ein solches unbedeutendes Syphilid in der Ano-Genitalgegend auftreten sehen, und dieses sehr bald nach der kräftigsten Hg-Behandlung, welcher Art sie auch gewesen sein mag, und ungeachtet sich nachweisen lässt, dass eine höchst bedeutende Menge Hg im Organismus remanirt. Ich könnte eine Menge solche bei Anwendung verschiedener Behandlungsmethoden und gleich nach einer grossen Anzahl Einspritzungen von unlöslichen Hg-Salzen aufgetretene Fälle anführen. Mit Ausnahme dieses geringen Symptomes, das bei der einfachsten localen Behandlung in der Regel sehr bald wieder verschwindet, sehen wir oft während langer Zeit kein einziges anderes Symptom, am allerwenigsten aber einen allgemeinen Ausbruch der Syphilis auftreten. Eine solche geringfügige Syphilide érosive oder entsprechendes Symptom ist, scheint es mir, nicht als ein wirkliches Recidiv aufzufassen; das Auftreten eines solchen Symptomes liefert auch nicht den geringsten Beweis dafür, dass eine Behandlung nicht kräftig und wirksam gewesen ist oder dass nicht eine grosse Menge Hg im Körper remanirt und für lange Zeit gegen ein wirkliches Recidiv schützt. Wollen wir nun eine solche kleine Hautlosigkeit als ein Recidiv auffassen, so müssen wir zu gleicher Zeit zugestehen, dass wir keine Hg-Behandlungsmethode besitzen, die kräftig genug ist, um wenigstens in der allernächsten Zeit nach Schluss der Behandlung das Auftreten von Recidiven verhindern zu können. Als Recidive scheinen mir in einem frühen Stadium der Krankheit mit Grund nur die Fälle bezeichnet werden zu können,

wo ein allgemeiner Ausbruch der Syphilis eintritt oder wo sich (am liebsten) an mehreren Stellen, wie z. B. an verschiedenen Schleimhäuten, mehrere Efflorescenzen (mucöse Papeln) unabhängig von offenbar localer Reizung zeigen.

Solche wirklichen Recidive treten nun in den allermeisten Fällen erst einige Wochen oder noch längere Zeit nach einer kräftigen Hg-Behandlung auf, d. h. erst nachdem ein grosser Theil des absorbirten Quecksilbers eliminirt worden ist; aber solche Recidive habe ich doch, obschon nur in äusserst seltenen Fällen, ziemlich bald nach der kräftigsten Hg-Behandlung auftreten sehen, und dieses in Fällen, die nicht als Syphilis maligna aufgefasst werden können. Weshalb nun diese Recidive aufgetreten sind, habe ich nicht erklären können, aber deshalb, weil sie aufgetreten sind, habe ich mich gleichwohl nicht für berechtigt angesehen, zu erklären, dass die angewendete Behandlungsmethode, z. B. Injection von unlöslichen Hg-Salzen, keine kräftige Behandlung ist, noch weniger den Schluss zu ziehen, dass bei Anwendung dieser Methode Hg nicht lange im Organismus remanirt.

Nun habe ich auch bei der Anwendung der Hg-Säckchenmethode ein paarmal ein wirkliches Recidiv ziemlich bald nach der Behandlung auftreten sehen, ohne dass ich deshalb geglaubt habe berechtigt zu sein, diese Methode gering zu schätzen; denn es ist bei dieser, wie bei allen anderen Methoden, der Verlauf der grossen Mehrzahl der Fälle, den man in Betracht zu ziehen hat.

Weiter muss man natürlicherweise bei dieser gleich wie bei jeder anderen Behandlungsmethode Rücksicht auf die Zeit nehmen, welche der Patient behandelt worden ist. Ist er nur 2—3 Wochen behandelt worden, so ist es ja klar, dass Hg nicht in derselben Menge und gleich lange im Organismus remaniren kann, wie wenn er 5—6 Wochen behandelt worden ist, und dass man also im ersten Falle Schutz gegen Recidive nicht für so lange Zeit erwarten kann, wie man im letzten Falle zu hoffen das Recht hat.

Aber wir müssen auch die Form der Symptome in Betracht ziehen, die der Patient gehabt hat; nach schwereren Formen sehen wir ja oft Recidive eher eintreten als nach leichteren.

Schliesslich haben wir auch die Form zu berücksichtigen, unter welcher das Recidiv auftritt. Zeigt es sich, dass bei Anwendung einer Behandlungsmethode Recidive oft unter schwereren Formen als der vorhergegangene Ausbruch der Krankheit auftreten, so deutet dieses darauf hin, dass die Methode nicht hinreichend kräftig ist, n. b. wenn nicht ein langer Zeitraum nach der Behandlung verflossen ist.

Ich habe dieses hier hervorheben wollen, um zu zeigen, wie wichtig es ist, die verschiedenen Verhältnisse beim Auftreten eines Recidives genau zu beurtheilen, wenn man auf Grund desselben entscheiden will, ob eine Methode einen Vorzug vor einer anderen hat.

Prüfen wir nun Gschwend's Angaben über Recidive bei der Behandlung mit Hg-Säckchen, so finden wir, dass er solche in 20 Procent seiner Fälle gesehen hat, was, wie er auch selbst sagt, ganz sicher zu wenig ist, denn wenigstens in den frischen Fällen von Syphilis ist bei dieser Methode, was gegebener Weise auch bei jeder anderen Methode eingetroffen sein würde, das Procent der Recidive bedeutend grösser gewesen, obschon Gschwend davon keine Kenntniss erhalten hat.

Es hätte von Interesse sein können, zu erfahren, in wie viel Procent der Fälle bei Anwendung der wirklichen Einreibungscur Recidive aufgetreten sind, sowie auch, wie bald nach der Behandlung sie sich gezeigt haben. Gschwend hat einen interessanten Vergleich zwischen dem Zeitpunkt des Verschwindens der Symptome bei diesen beiden Behandlungsformen angestellt; von Interesse würde es auch gewesen sein, wenn er einen Vergleich zwischen dem Zeitpunkte des Auftretens der Recidive bei ihnen angestellt hätte, obschon ich willig zugebe, dass dieser Vergleich keinen wirklichen Werth gehabt haben könnte, da die Recidive vermuthlich auch bei der Einreibungscur nur von einer geringeren Zahl der Fälle bekannt sind.

Von besonders grossem Interesse würde es gewesen sein zu erfahren, unter welcher Form die Recidive bei der Behandlung mit Hg-Säckchen aufgetreten sind, ob es nur ein einzelnes, unbedeutendes Symptom, oder ob es ein allgemeiner

Ausbruch der Syphilis gewesen ist; leider ist hierüber nicht die geringste Angabe gemacht worden.

Gschwend sagt, dass die Recidive sehr bald aufgetreten sind; zwei haben sich schon 8 Tage nach der Entlassung aus der Spitalsbehandlung, zwei andere nach 14 Tagen, drei nach 3—4 Wochen, zwei nach 6 Wochen und die übrigen nach 2—3½ Monaten gezeigt. Was die Recidive anbelangt, die 2—3½ Monate nach der Beendigung der Behandlung (denn ich vermuthe, dass dieselbe mit der Entlassung aus der Spitalsbehandlung zusamenfällt) aufgetreten sind, so lassen sich diese Recidive wohl nicht mit Recht als früh aufgetreten bezeichnen, und dieses dürfte auch von den Recidiven gelten können, die sich 6 Wochen nach der Behandlung gezeigt haben, denn solche sind wohl bei Anwendung jeder beliebigen Behandlungsform beobachtet worden.

Die Anmerkung in Betreff früh auftretender Recidive kann also eigentlich nur den übrigen Fällen gelten. Dass es namentlich in diesen von dem grössten Interesse gewesen wäre zu wissen, unter welcher Form die Recidive aufgetreten, ob es wirkliche Recidive oder nur einzelne Symptome gewesen sind, ist ja selbstverständlich; leider sagt Gschwend nichts darüber. Ich habe indessen in folgendem Verzeichniss sämmtliche Recidive zusammengestellt und dabei Rücksicht theils auf die Symptome während der nächstvorhergehenden Behandlung, theils auf die Anzahl der Behandlungstage und theils auf die Anzahl der Tage genommen, die zwischen der vorhergehenden Behandlung und dem Auftreten des Recidives verflossen sind.

Recidive bei der Behandlung mit Quecksilbersäckchen (Gschwend).

Frische Syphilis	Form des Syphilides	Anzahl der Behandlungstage	Recidiv, aufgetreten nach der Behandlung
Frische Syphilis	Grosspapulöses Syphilid	17 Tage	8 Tage
„ „	Roseola	22 „	8 „
„ „	Grosspapulöses Syphilid	19 „	14 „





Frische Syphilis oder Recidiv	Form des Syphilides	Anzahl der Behandlungstage	Recidiv, aufgetreten nach der Behandlung
Frische Syphilis	Grosspapulöses Syphilid	28 Tage	14 Tage
„ „	„ „	17 „	3 Wochen
Recidiv	„ „	28 „	4 „
Frische Syphilis	Pustulöses Syphilid	26 „	4 „
Recidiv	Roseola	20 „	6 „
„	„	27 „	6 „
„	Grosspapulöses Syphilid	18 „	2 Monate
Frische Syphilis	„ „	33 „	2 „
„ „	Roseola	31 „	2½ Monate
„ „	„	21 „	2½ „
„ „	Grosspapulöses Syphilid	19 „	3 Monate
„ „	„ „	16 „	3½ Monate

Beim ersten Blick auf dieses Verzeichniss fällt die unbedeutende Anzahl der Behandlungstage in die Augen, sowohl im allgemeinen, wie besonders in den beiden Fällen, wo das Recidiv schon 8 Tage nach der Behandlung aufgetreten und die Zahl der Behandlungstage, ungeachtet diese Fälle frische Syphilis waren, in dem einen Falle 22 und in dem anderen 17 gewesen sind. Dieselbe Anmerkung ist in Betreff zweier Fälle von grosspapulösem ersten Syphilid zu machen, wo das Recidiv in dem einen Falle 14 Tage und in dem anderen 3 Wochen

nach der Behandlung aufgetreten ist und der Patient in dem ersteren Falle 19 und in dem anderen nur 17 Tage behandelt worden war. Man kann ja, namentlich bei einem ersten Ausbruch der Syphilis unter der Form eines papulösen Syphilides, nicht einmal hoffen, dass eine so kurze Behandlung, von welcher Form dieselbe auch sein möge, für lange Zeit vor einem Recidive zu schützen vermöge; man dürfte dieses also auch nicht von der Hg-Säckchenmethode fordern können.

Was die übrigen Fälle betrifft, sei es, dass Recidive aufgetreten sind oder nicht, so muss ich die Anmerkung machen, dass sie allzu kurze Zeit in Behandlung gewesen sind, was die folgende kleine Zusammenstellung der Fälle von frischer Syphilis deutlich zeigen dürfte.

In einem Falle währte die Behandlung 5 Tage, in zwei Fällen 11—15 Tage, in zehn Fällen 16—20 Tage, in zwölf Fällen 21—25 Tage, in elf Fällen 26—30 Tage und in sieben Fällen über 30 Tage. Wir finden also, dass von allen Fällen von frischer Syphilis, viele von ihnen mit papulösem und vier mit pustulösem Syphilid, nur 16 Procent länger als 30 Tage behandelt worden sind; 58·1 Procent sind weniger als 25 Tage behandelt worden, ja! bei 30 Procent hat die erste Behandlung der frischen Syphilis weniger als 20 Tage gewährt. Man ist nicht berechtigt, nach einer so kurzen Behandlung zu erwarten, dass Recidive eine längere Zeit ausbleiben werden.

Indessen zieht nun Gschwend daraus, dass Recidive früh nach der Behandlung aufgetreten sind, den Schluss, dass bei der Behandlung mit Hg-Säckchen Hg nur kurze Zeit im Organismus remanirt; aber er könnte mit ebenso gutem Recht einen ganz entgegengesetzten Schluss gezogen haben; er hätte sich ebenso gut an die Fälle halten können, wo die Recidive spät aufgetreten sind, wie an die, wo sie sich sehr früh eingestellt haben, denn die Anzahl dieser Recidive ist ja so gering wie 3—4 von jeder Art. Er könnte ja wie folgt raisonnirt haben: trotz einer so kurzen Behandlungszeit wie 16, 19 und 21 Tage hat es gleichwohl 2½—3 Monate gedauert, bis ein Recidiv aufgetreten ist; in Fällen, wo die Behandlungszeit so kurz wie 5, 13, 14, 15 und 17 Tage gewesen ist, hat sich kein Recidiv gezeigt; dieses beweist mit grosser Wahrscheinlichkeit,



dass bei der Behandlung mit Hg-Säckchen Hg lange im Organismus remanirt und ihn lange vor Recidiven schützt — aber natürlicherweise wäre der eine wie der andere Schluss vollkommen unrichtig. Die Frage von der Remanenz des Quecksilbers wird nicht durch solche Raisonnements gelöst; dieses kann nur durch wirkliche Hg-Unternehmungen geschehen (siehe über solche weiter hinten).

Nachdem Gschwend über die Ungelegenheiten der Methode berichtet hat, frägt er: „Können wir sie vervollkommnen?" Er gibt selbst die Antwort: „die zunächst gelegene Idee einer Verbesserung ist die länger dauernde Application des Quecksilbersäckchens", obschon er diese selbstverständliche Antwort auf die Frage nicht acceptirt. Dieser Vorschlag zu einer Vervollkommnung bedeutet zwar keine Verbesserung der Methode, aber eine bessere praktische Anwendung derselben in Uebereinstimmung mit den von mir aufgestellten Principien und auch mit den Ansichten, die bei allen anderen Hg-Behandlungsmethoden zur Geltung kommen. Weshalb soll bei der Hg-Säckchenmethode die Behandlungszeit kürzer als bei allen anderen Methoden, namentlich der Einreibungscur sein, und dies insonderheit in Fällen von frischer Syphilis?

Eine Verbesserung würde dann ausserdem die sein, nicht erst $2\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ Monate auf das Auftreten von einem Recidiv zu warten, sondern, wie Fournier, Neisser u. A. gethan haben, die Fälle intermittent preventiv zu behandeln. Für eine solche Behandlung eignet sich die Hg-Säckchenmethode auf Grund ihrer Einfachheit und Reinlichkeit sehr gut. Für meinen Theil bin ich mit den Ergebnissen, die ich mit einer solchen Behandlungsweise der Syphilis erhalten habe, äusserst zufrieden.

Ich will hier hinzufügen, dass alles, was ich über die Behandlung mittelst Hg-Säckchen mit Ung. Hydr. geäussert habe, in der Hauptsache auch auf die Säckchenbehandlung mit Mercuriol seine Anwendung hat und sie auch auf die Behandlung mit der Mercolintschürze, wenn einige Veränderungen in ihrer Grösse, Applicirung u. s. w. vorgenommen werden (siehe meinen Aufsatz über die Mercolintschürze), bekommen wird.

Wolfsohn hat die Methode in 66 Fällen mit Vortheil angewendet; Siebert hat sie gegen Syphilis bei zarten Kindern zur Anwendung gebracht und dabei (wie ich) gefunden, dass sie in solchen Fällen gute Dienste thut.

Schliesslich hat Jordan theils in einem Aufsatze im Archiv f. Dermat. u. Syph., theils in einem Aufsatz in der Monatsschr. f. prakt. Dermat. seine in Bezug auf diese Methode gewonnenen Erfahrungen mitgetheilt. In 18 Fällen hat er mit ihr ein sehr gutes Resultat erzielt; in 12 Fällen ist das gewonnene Resultat unbefriedigend gewesen. Er frägt sich nun, was dieses unbefriedigende Resultat in diesen 12 Fällen veranlasst haben kann und glaubt, dass die Ursache desselben theils in der Schwere der Krankheitsfälle, theils auch darin zu sehen sei, dass die Patienten es nicht richtig verstanden hatten, das Säckchen zu tragen. Er empfiehlt die Methode für intelligente, breit gebaute Kranke. Roth hat auch einige Versuche mit dieser Behandlungsmethode gemacht und darzuthun gesucht, dass Quecksilber durch die Haut absorbirt wird.

Wir kommen nun zu der zweiten Abtheilung dieses Aufsatzes, nämlich der Absorption des Quecksilbers bei Anwendung der auf seine Verdünstung basirten Behandlungsmethoden. Glücklicherweise scheint es nunmehr, als ob die Forscher zugäben, dass bei Anwendung dieser Methoden wirklich Quecksilber vom Organismus absorbirt wird, und ich fand mit der grössten Befriedigung, dass Schuster in seinem letzten Aufsatze dieses nicht nur zugesteht, sondern geradezu eine auf dieses Princip basirte Behandlungsmethode, nämlich die Mercolintschürze, anempfiehlt, ja er hat sogar durch Beiersdorf & Comp. eine besondere Form dieser Schürze erhalten, die er als die „Aachener Form" bezeichnet. Eine bessere Anerkennung der Richtigkeit meiner schon vor langer Zeit ausgesprochenen Ansicht, dass es das verdünstete, nicht das eingeriebene Quecksilber ist, welches vom Organismus absorbirt wird, kann ich nicht gern erhalten.

Gegenüber Jordan's Angabe, dass Hg erst nach einer 8—10tägigen Anwendung des Hg-Säckchens im Harn nachge-



wiesen werden kann, will ich auf die grosse Anzahl Fälle hinweisen, wo ich schon nach einer 5-tägigen Anwendung des Hg-Säckchens eine recht erhebliche Menge Hg absorbirt gefunden habe, und ich glaube, dass ein jeder, der in der Ausführung von Hg-Untersuchungen geübt ist, sich mittelst einer guten Methode davon überzeugen kann, dass sich schon bei einem 1—2-tägigen Tragen des Hg-Säckchens in der Regel Hg im Harn nachweisen lässt, ganz wie bei einer wirklichen Einreibungscur, nota bene, wenn bei derselben eine so grosse Menge Salbe angewendet wird, dass ein Theil davon aufgestrichen auf der Haut liegen bleibt. Jordan gibt an, dass bei der Anwendung der Einreibungscur Hg schon nach 4 Tagen, bei Anwendung von Sublimatinjectionen schon nach 2 Tagen im Harn nachgewiesen werden kann. Ich habe schon im Jahre 1886 gezeigt, dass bei der Einreibungscur Hg sich oft schon am Tage nach der ersten Einreibung im Harn nachweisen lässt, und dies ungeachtet ich damals eine so kleine Menge Salbe (3 Gr.) anwandte, dass nur ein verhältnissmässig geringer Theil davon aufgestrichen auf der Haut liegen bleiben konnte; ebenso habe ich damals dargethan, dass schon 2—3 Stunden nach den ersten Injectionen Hg im Harn nachzuweisen ist. — Wahrscheinlich sind verschiedene Untersuchungsmethoden und eine ungleiche Fertigkeit[1]) in der Ausführung dieser Untersuchungen die Ursache der Verschiedenheit des Ergebnisses von Jordan's und meinen Untersuchungen. Seine Angaben über die Absorption des Quecksilbers kann ich nicht als einen Beweis für eine langsam geschehende Absorption von Hg bei Anwendung von Hg-Säckchen anerkennen.

Die gegenwärtig wichtigste Streitfrage ist jedoch nicht die, ob Hg schnell und kräftig absorbirt wird oder nicht, sondern wie es bei der Einreibungscur, bei der Behandlung mit dem Säckchen, mit der Mercolintschürze u. s. w. in den Organismus gelangt.

Ich habe erst neulich in einem Aufsatz über die Mercolintschürze meine Stellung zu dieser Frage dargelegt, und ich will deshalb hier nur erwähnen, dass ich es anfangs ganz

[1]) Schillberg hat den chemischen Theil der in diesem Aufsatz erwähnten Harnuntersuchungen ausgeführt.

unentschieden liess, ob dieses verdunstete Quecksilber durch die Lunge, durch die Haut oder durch beide absorbirt wird, später aber mehr und mehr der Ansicht zuneigte und mich davon überzeugt fühlte, dass diese Behandlungsformen hauptsächlich „Inhalationscuren“ sind. Auf Grund von Piccardi's Untersuchungen hebe ich jedoch in diesem Aufsatz die Wahrscheinlichkeit hervor, dass Hg-Dämpfe nicht nur durch die Respirationsorgane, sondern auch durch die Haut absorbirt werden; aber ich hebe auch hier, wie schon viele Male vorher hervor, dass dieses in praktischer Hinsicht eine verhältnissmässig geringe Bedeutung hat, da es für uns das Wichtigste ist, zu wissen, ob Hg wirklich in grosser Menge in den Organismus kommt, und da die Hg-Säckchenmethode schon von Anfang an so eingerichtet gewesen ist, dass sie besser für die Haut- als für die Lungenabsorption passt, finde ich keine Veranlassung, diese meine Säckchenmethode abzuändern, trotzdem die Untersuchungen, die ich dieses Jahr ausgeführt habe, zeigen, dass Hg-Dämpfe durch die (intacte) Haut dringen können.

Ich will nun zu ein paar Anmerkungen übergehen, die Schuster in seinem letzten Aufsatz gegen mich erhoben hat. Er sagt hier: „Wenn man aber glaubt, dass das Tragen des Sackes (oder des Mercolints) während des Herumgehens am Tage als Vortheil der Methode hinzugekommen, so begeht man m. E. einen Irrthum. Die Quecksilberdämpfe, welche hierbei aus dem Sacke oder Lint, also aus fast warmer Hauttemperatur in die umgebende Tagesluft gerathen, condensiren sich, wie schon Merget so sehr betont hat, zu Mercurtröpfchen, die eingeathmet nur mechanisch wirken, nicht aber den mit der eingeathmeten Luft in der Lunge vor sich gehenden Gaswechsel behufs Eindringens ins Blut mitmachen können. In Folge der beim Herumgehen in freier Luft vor sich gehenden Luftströmung kommen die auch in warmer Luft etwa entweichenden Hg-Gase wohl kaum zur Einathmung.“ Ich will hier nebenher bemerken, dass Hg schon bei einer Temperatur bedeutend unter dem Gefrierpunkt verdünstet und es durchaus nicht gesagt oder bewiesen ist, dass das Hg, welches in der Tagesluft verdünstet, die ja oft, um nicht zu sagen zumeist, über

dem Gefrierpunkt ist, in Mercurtropfen übergeht, die in den Mund und die Respirationsorgane kommen, ohne daselbst absorbirt werden zu können. Wenn dieses der Fall wäre, dürfte man ja im Speichel einer das Hg-Säckchen tragenden Person, wenn sie sich in Zimmerwärme befindet, nur Hg, das durch die Speicheldrüsen eliminirt ist, aber wenn sie sich in kälterer äusserer Luft aufhält, ausser dieser eliminirten Hg-Menge auch diese Mercurtröpfchen, also eine viel grössere Menge Hg finden. Ich habe bis jetzt in dieser Hinsicht nur in einem Falle Untersuchungen angestellt. Ich sammelte von einem Patienten, der das Hg-Säckchen 25—30 Tage getragen hatte, in einen Becher Speichel, während er sich im warmen Krankenzimmer befand, und in einen anderen Becher Speichel, während er sich ein paar Tage in einer Luft von nur ein paar Grad Wärme im Parke des Krankenhauses aufhielt. In beiden Proben zeigte sich eine minimale Menge Hg — so gross, wie ich sie stets im Speichel gefunden habe — und eine Erhöhung des Hg-Gehaltes durch Mercurtröpfchen, die sich bei dem Aufenthalte des Patienten in der kalten Luft aus den Quecksilberdämpfen verdichtet hätten, liess sich in der betreffenden Probe nicht nachweisen. Ich führe das Ergebniss dieser Untersuchung hier an, ohne Gewicht darauf zu legen.

Aber Schuster sagt: „Wenn man aber glaubt, dass das Tragen des Sackes (oder des Mercolints) während des Herumgehens am Tage als Vortheil der Methode hinzukomme, so begeht man m. E. einen Irrthum." Ich wende Hg-Säckchen im Winter z. B. nicht bei Grobarbeitern an, die sich des Winters oft bei beträchtlicher Kälte im Freien aufhalten müssen, wohl aber bringe ich sie in der kalten Jahreszeit bei Personen, die ihre Beschäftigung überwiegend innerhalb des Hauses haben, wie z. B. Kaufleuten, Beamten u. s. w., und bei den Patienten im Krankenhause zur Anwendung. Dass nun Hg von diesen Hg-Säckchen auch des Tages über absorbirt wird, habe ich gesagt, und es ist eine leichte Sache, sich davon zu überzeugen. Ich will hier die Hg-Absorption in ein paar Fällen anführen. Zwei Frauen trugen Hg-Säckchen nur des Tages, von 8 Uhr des Morgens bis 8 Uhr des Abends und nicht des Nachts in der Bettwärme. Beide waren in das

Krankenhaus aufgenommen, wo sie des Tages über, gleich den übrigen Patienten, mit verschiedenen Arbeiten an die Hand gehen mussten, sowohl innerhalb, wie ausserhalb des Krankenzimmers; die eine, die das Säckchen 35 Tage getragen, hatte ausserdem ein kleines hereditärsyphilitisches Kind zu pflegen, so dass ihr wenig Zeit dazu übrig blieb, sich im Laufe des Tages zu legen und auszuruhen.

Fall I. A. E. wurde im Krankenhause St. Göran für einen Abscess behandelt, der einige Tage mit Sublimatlösung gespült wurde, woher es wohl kam, dass sie, noch ehe sie das Säckchen zu tragen begonnen, eine minimale Menge Hg im Harn hatte. Nach einem mit ihr getroffenen Uebereinkommen[1]) hat sie vom 24./IV. bis zum 9./V. täglich von 8 Uhr Morgens bis um 8 Uhr Abends ein 6 Gr. Ung. Hydr. (1 Hg., 2 Fett) enthaltendes Säckchen getragen. Den 23./IV. fanden sich in 380 Gr. Harn, 1·030 spec. Gew., einige sehr kleine Hg-Kügelchen. Den 29./IV. (nach 5-täg. Tragen des Säckchens) fanden sich in 320 Gr. Harn, 1·015 spec. Gew., recht viele kleine Hg-Kügelchen. 3./V. (nach 15-täg. Tragen des Säckchens) fanden sich in 320 Gr. Harn, 1·028 spec. Gew., eine grosse Menge Hg-Kügelchen, darunter mehrere grosse. Also eine recht kräftige Absorption von Hg.

Fall II. G. E. wurde wegen Roseola und Pap. mucosae in das Krankenhaus aufgenommen und trug das Säckchen vom 24./IV. bis zum 29./V. von 8 Uhr Morgens bis um 8 Uhr Abends. Den 23./IV. in 330 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., einige Kügelchen. Den 29./IV. in 315 Gr. Harn, 1·023 spec. Gew., recht viele Kügelchen, einige recht grosse. Den 9./V. in 310 Gr. Harn, 1·026 spec. Gew., eine grosse Menge Kügelchen, zwei grosse. Den 14./V. in 380 Gr. Harn, 1·019 spec. Gew., eine bedeutende Menge recht grosse Hg Kügelchen. Den 19./V. in 365 Gr. Harn, 1·016 spec. Gew., ein sehr grosses und eine bedeutende Menge kleinere Hg-Kügelchen. Den 24./V. in 360 Gr. Harn, 1·017 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge Hg-Kügelchen, darunter viele recht grosse. Den 29./V. in 375 Gr. Harn, 1·013 spec. Gew., eine bedeutende Menge Kügelchen, darunter viele recht grosse.

Wir finden also in beiden Fällen eine ziemlich kräftige Absorption von Hg, ungeachtet das Säckchen nur des

[1]) Da in einer ausländischen Zeitschrift Vorwürfe gegen mich erhoben worden sind, weil ich den einen oder anderen Versuch angestellt, dessen Zweck wissenschaftliche Forschung, nicht therapeutischer Nutzen für den Patienten war, will ich hier erklären, dass ich nie solche Versuche ausgeführt habe oder ausführe, ohne die Einwilligung des Patienten dazu erhalten zu haben und ohne ihn (oder sie) dafür zu bezahlen (siehe hierüber meinen Aufsatz vom Jahre 1884: Einige Untersuchungen über die pathogenen Microben der Gonorrhoe). Nord. Med. Arkiv.



Tages über getragen worden ist. Unter solchen Verhältnissen zu sagen: „Wenn man aber glaubt, dass das Tragen des Sackes (oder des Mercolints) während des Herumgehens am Tage als ein Vortheil der Methode hinzukomme, so begeht man m. E. einen Irrthum,“ ist nicht berechtigt, im Gegentheil, es liegt klar zu Tage, dass man, wenn man bei dieser Methode eine richtig kräftige Hg-Absorption haben will, das Säckchen von dem Patienten nicht nur des Nachts in der Bettwärme, sondern auch, in den Fällen, wo dieses geschehen kann, des Tages über tragen lassen muss.

Die Frage ist nun die: In welcher Weise, auf welchem Wege gelangt das Hg bei Anwendung der Säckchenmethode, vor allem aber der Einreibungscur, in den Organismus? Um diese Frage zu beantworten, hat Schuster ein Experiment gemacht, aus welchem er folgenden Schluss zieht: „Hierdurch ist die Fähigkeit der Haut, Quecksilber zu absorbiren, erwiesen; demnach fällt die Hauptstütze der Quecksilbereinathmungscur mittels Quecksilbersäckchen oder Lappen gegenüber der Einreibecur.“

Ich verstehe nicht recht, was Schuster mit diesem Experiment eigentlich beweisen will. Es ist ja wohl etwas eigenthümlich, dass er zu diesem seinen Versuch nicht die wirkliche Einreibungscur, sondern Herxheimer's Modification derselben (die Klatsch-Methode) anwendet, doch will ich hierauf weiter kein Gewicht legen. Aber beweist nun dieses Experiment nach Schuster's Ansicht, dass es das eingeriebene (resp. eingeklatschte) Quecksilber ist, welches absorbirt wird, oder soll es beweisen, dass die entwickelten Hg-Dämpfe durch die Haut absorbirt werden? Schuster drückt sich hier recht dunkel aus, so dass man den Schluss, den er zieht, in beiden Richtungen deuten kann.

Schuster hat indessen sein Experiment in folgender Weise ausgeführt: „Abends vor Schlafengehen wurde ein Oberschenkel mit Wasser befeuchtet, dann Mercurseifensalbe mittels eines Holzspatels rasch aufgestrichen; die aufgestrichene Stelle, resp. der ganze Oberschenkel mit dichtem weichem Papier umgeben, darüber kam eine Einpackung mit Kautschukpapier; nun wurde auf den so gesicherten Oberschenkel mittels

eines breiten, langen Holzspatels fünf Minuten lang geklopft, resp. geklatscht, dann mittels dreier Gazebinden die Einpackung so umwickelt, dass eine Verrutschung ausgeschlossen war. Das geschah im Sommer spät Abends in einem an das Schlafzimmer anstossenden Zimmer. Morgens Früh wurde wieder in dem anstossenden Zimmer der Verband abgenommen, die auf der Haut lagernde Salbe mittels in Benzin getauchter Watte so lange abgewaschen, bis die Watte weiss blieb. Diese Weise wurde 9mal mit 5 und 7·5 Gr. betragender Seifensalbe wiederholt. Der darauf zur Untersuchung auf Hg weggesandte Harn ergab einen breiten, schönen Jod-Hg-Ring."

Ich habe dieses Experiment nachgemacht, in ganz derselben Weise, wie es von Schuster ausgeführt worden ist, doch habe ich anstatt Mercurseifensalbe, die mir nicht zur Verfügung stand, Ung. Hydr. (1 : 2) angewandt. In der Regel wurde die Procedur um 8 Uhr Abends ausgeführt, die Bandage am Vormittag darauf zwischen 9 und 10 Uhr abgenommen und dann die Haut abgewaschen.

Fall III. Den 18./IV. um 2 Uhr Nachm. wurde die erste Aufklatschung von Hg-Salbe gemacht. Den 23./IV. fanden sich in 350 Gr. Harn, spec. Gew. 1·020, recht viele Hg-Kügelchen, darunter einige recht grosse. Den 28./IV. fanden sich in 335 Gr. Harn, spec. Gew. 1·029, eine grosse Menge meist kleine Hg-Kügelchen. In Folge des Waschens des Beines mit Benzin war am linken Oberschenkel eine bedeutende Reizung mit einer Menge Hautlosigkeiten entstanden, weshalb an den folgenden 5 Tagen der Process an dem rechten Oberschenkel ausgeführt wurde. Den 3./V. fanden sich in 350 Gr. Harn, spec. Gew. 1·020, eine Menge Hg Kügelchen, darunter viele recht grosse. Nun wurde mit der Einklatschung aufgehört, da sich auch an diesem Schenkel eine recht bedeutende Hautreizung zeigte. Den 5./V. verliess der Patient das Krankenhaus; in 300 Gr. Harn, spec. Gew. 1·015, fanden sich an diesem Tage eine grosse Menge Hg-Kügelchen, darunter viele recht grosse.

Ich kann sagen, dass ich überrascht war, hier eine so kräftige Absorption von Hg zu finden. Aber nun entstand die Frage: auf welchem Wege hat dieses Hg in den Organismus gelangen können? Es lässt sich denken, dass das eingeklatschte (resp. eingeriebene) Quecksilber durch die Haut absorbirt worden ist, aber es lässt sich auch denken, dass sich unter diesem Verbande mit Kautschukpapier eine Menge Hg-Dämpfe entwickelt haben, die möglicherweise durch die Haut des Oberschenkels absorbirt worden sind, und ebenso lässt es sich

denken, dass die aufgelegte Bandage nicht hinreichend dicht geschlossen hat und es dadurch einem Theil der Hg-Dämpfe möglich geworden ist, sich trotz derselben, zwischen ihn hindurch und an ihren Seiten, vorbei, zu verbreiten, so dass sie dann durch die Respirationsorgane und vielleicht auch die übrige Haut absorbirt werden konnten. Um auf diese Frage möglicherweise eine Antwort geben zu können, habe ich folgende Versuche angestellt.

Sollte es das in die Haut eingeriebene Quecksilber sein, das absorbirt wird, so müsste diese Absorption auch geschehen können, wenn das nach der Einklatschung (resp. Einreibung) auf der Haut lagernde Quecksilber sorgfältig abgewaschen wird. — Um zu erfahren, wie es sich hiermit verhält (oder richtiger, um dieses zu controliren, denn ich hatte voraus Versuche in dieser Richtung ausgeführt), liess ich bei einer Frau vom 17./V. bis zum 1./VI. täglich 6 Gr. Ung. Hydr. (1 : 2) in ganz derselben Weise wie in Fall III auf dem einen Schenkel einklatschen, nach der Einklatschung aber das Kautschukpapier wegnehmen und die auf der Haut lagernde Salbe sorgfältig abwaschen, doch nicht mit Benzin, um die Haut nicht zu reizen, sondern mit Seife und Wasser. — Wäre es nun das eingeklatschte (resp. eingeriebene) Quecksilber, welches absorbirt wird, so müsste sich ja auch in diesem Falle eine mehr oder weniger kräftige Hg-Absorption zeigen. Das Ergebnis dieses Versuches gestaltete sich folgendermassen:

Fall IV. V. P., war Monate hindurch im Krankenhause St. Göran wegen Gonorrhöe in der Urethra, im Cervikal-Canale u. s. w. sowie wegen einer schweren, mit Endocarditis verbundenen gonorrhoischen Allgemeininfection behandelt worden, wobei sie Wochen hindurch täglich bedeutende Temperaturwechselungen gehabt hatte. Zeitweise hatten in demselben Zimmer wie sie Patienten gelegen, welche die Hg-Behandlung durchmachten. Dieses war sicher die Ursache, dass sie beim Beginn des Versuches eine minimale Menge Hg im Harn hatte. Es fanden sich beim Beginn des Versuches den 17./V. in 200 Gr. Harn, spec. Gew. 1·026, einige sehr kleine Hg-Kügelchen; an diesem Tage wurde mit dem Einklatschen begonnen. Den 22./V. waren in 365 Gr. Harn, spec. Gew. 1·015, ein paar kleine Hg-Kügelchen zu entdecken. Den 27.|V. liessen sich in 370 Gr. Harn, spec. Gew. 1·025, keine Hg-Kügelchen entdecken. [1])

---

[1]) Ich will hier bemerken, dass man, wenn die Hg-Menge so minimal wie in diesem Falle ist, unmöglich sagen kann, dass sich kein Hg im

Den 1./VI. fanden sich in 360 Gr. Harn, resp. Gew. 1·015, einige minimale Kügelchen. Die Patientin wurde an diesem Tage aus dem Krankenhause entlassen.

Also war bei diesem Versuch keine merkbare Absorption von Hg nachzuweisen, was wohl deutlich darthut, dass das eingeklatschte resp. eingeriebene Quecksilber nicht absorbirt wird.

Man muss also wohl annehmen, dass die Absorption von Hg in Fall III eine Absorption von entwickelten Hg-Dämpfen gewesen ist. Hierfür fand sich ja auch eine grosse Möglichkeit, denn unter einem gut angelegten Kautschukverband ist die Temperatur wahrscheinlich sehr hoch. Ich habe diese Temperatur dreimal gemessen, indem ich bei verschiedenen Personen ein Maximithermometer nächst der Haut unter die Bandage legen liess, welches die Nacht über liegen blieb; es zeigte sich hierbei, dass die Maximitemperatur unter der Bandage in einem Falle (III) 36° C., in dem zweiten (V) 35·7° C. und in dem dritten (VI) 35·6° C. gewesen war. Dass bei einer so hohen Temperatur eine grosse Menge Hg-Dämpfe gebildet werden, unterliegt ja keinem Zweifel; aber nun war die Frage die: bleiben diese Hg-Dämpfe in überwiegender Menge unter der Bandage, oder verbreiten sie sich ausserhalb derselben, so dass sie den Körper unter der Bettdecke überall umgeben und also auch an anderen Stellen als der mit Kautschuk überdeckten Hautpartie absorbirt werden können?

Um dieses zu ermitteln, ging ich in folgender Weise zuwege; ich nahm kleine Schachteln mit doppelten Böden und bohrte in die Wände zwischen den Böden eine Menge kleine Löcher, damit die Hg-Dämpfe unbehindert durch sie passiren konnten, und ebenso bohrte ich solche Löcher für diesen Zweck in den oberen Boden. Ich konnte hierdurch sicher sein, dass zwischen den oberen Boden und den ordentlich aufgebundenen Deckel der Schachtel nur Hg-Dämpfe kommen konnten, selbst wenn etwas Salbe zwischen die beiden Böden kommen sollte. Zwischen den oberen Boden und den Deckel wurden nun zwei kleine, 2—3 Ctm. lange feine Kupferdrähte

Harn findet, ungeachtet man trotz der sorgfältigsten Untersuchung auch nicht das geringste Kügelchen zu entdecken vermag.



gelegt, die unmittelbar vorher in warmer Salzsäurelösung rein gemacht worden waren (es war controlirt worden, dass sich an ihnen kein Hg fand). Eine solche Schachtel wurde auf der Haut unter der Kautschukbandage festgebunden und eine andere an einer um den Hals gebundenen Schnur befestigt; beide Schachteln blieben die Nacht über an ihren Plätzen. Am folgenden Tage wurden sie weggenommen und die feinen Kupferdrähte, die in ihnen gelegen, in je eine feine Glasröhre gebracht, in derselben erhitzt und dann mikroskopisch untersucht, um zu sehen, ob sich an ihnen abgesetztes Hg fand. Bei wiederholt ausgeführten Versuchen zeigte es sich, dass sich an die Kupferdrähte der unter der Bandage festgebundenen Schachtel viel Quecksilber abgesetzt hatte, während sich an den Kupferdrähten der an dem Halse getragenen Schachtel nur eine minimale Menge Quecksilber fand. Als Beispiel will ich hier von Fall III anführen, dass den 2./V. 2 Uhr 30 Min. Nachm. der Kautschukverband mit einer unter ihm auf der Haut liegenden Schachtel mit Kupferdrähten eingelegt und eine solche Schachtel um den Hals gebunden wurde. Den 3./V. 8 Uhr Vorm. wurden die Schachteln weggenommen und zeigten sich dann die Kupferdrähte der auf dem Oberschenkel placirt gewesenen nicht blank, sondern etwas grauweiss, und von ihnen sublimirten bei Erhitzung in einer Glasröhre eine höchst bedeutende Menge Hg-Kügelchen, doch im allgemeinen kleinere. Die Kupferdrähte in der am Halse getragenen Schachtel waren makroskopisch unverändert, und an ihnen liessen sich bei der Sublimirung in einer Glasröhre nur ein paar kleine Hg-Kügelchen entdecken.

Unter solchen Umständen liess sich nicht gern eine eigentliche Absorption von Hg-Dämpfen durch die Respirationsorgane (oder die übrige Haut) annehmen, sondern es muss die Absorption durch die Haut des mit Kautschuk umwickelten Oberschenkels geschehen sein.

War dieses nun wirklich der Fall, so müsste natürlicherweise eine Absorption, ja! eine gleich kräftige Absorption stattfinden, wenn ein kleines Säckchen mit Hg-Salbe oder Mercuriol unter einem Kautschukverband auf den Oberschenkel gelegt würde. Um dieses zu ermitteln, führte ich folgenden Versuch aus.

Fall V. S. M., wurde in das Krankenhaus St. Göran wegen Ulcus molle aufgenommen. Den 16./V. wurde auf den einen Oberschenkel unmittelbar auf die Haut ein Theil Gaze gelegt und darauf das Hg-Säckchen mit 6 Gr. Ung. Hydr. placirt, damit von demselben keine Salbe direct mit der Haut iu Berührung komme; über das Säckchen wurde Wachstaffet gebreitet und das Ganze dann wie in Fall III mit Gazebinden überbunden. Die Hg-Bandage wurde in der Regel von 8 Uhr Nachm. bis um 8 Uhr Vorm. getragen. Den 16./V. fanden sich in 330 Gr. Harn, spec. Gew. 1·024, keine Hg-Kügelchen. Den 21./V. fanden sich in 365 Gr. Harn, spec. Gew. 1·019, eine grosse Menge, zum Theil kleine Hg-Kügelchen. Ziemlich grosse Reizung in der Haut des Oberschenkels, weshalb das Säckchen auf den andern Oberschenkel gelegt wird. Den 31./V. fanden sich in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1·016, eine Menge Hg-Kügelchen, darunter viele recht grosse. Höre mit dem Auflegen des Säckchens auf. Den 3./VI. fanden sich in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1·022, eine grosse Menge Kügelchen, darunter mehrere recht grosse.

Also auch in diesem Falle eine ziemlich kräftige Absorption; dass die Hg-Dämpfe auch hier grösstentheils unter dem Verbande blieben, zeigten Versuche mit den erwähnten Schachteln. So trug die Patientin vom 17./V. von 8 Uhr Nachm. bis zum 18./V. 10 Uhr 30 Min. Vorm. Schachteln unter der Bandage, wobei sich an den Kupferdrähten eine sehr bedeutende Menge Hg-Kügelchen, worunter sich einige recht grosse befanden, nachweisen liessen, während bei anderen Versuchen, z. B. vom 23./V. bis zum 24./V., wo die Schachtel auf der Brust getragen wurde, nur ein einziges kleines Hg-Kügelchen entdeckt werden konnte; dieses war auch der Fall bei einem Versuch vom 25./V. bis zum 26./V. Hier ist es ja augenscheinlich, dass Hg-Dämpfe durch die Haut des Schenkels absorbirt worden sind. Ebenso augenscheinlich war dieses bei einem entsprechenden Versuch mit einem mit 5 Gr. Mercuriol täglich gefüllten Säckchen, das vom 16./V. bis zum 31./V. getragen wurde.

Fall VI. T. E. Den 16./V. in 370 Gr. Harn, spec. Gew. 1·017, keine Hg-Kügelchen. Den 21./V. in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1·016, eine grosse Menge Kügelchen, einige nicht klein. Den 31./V. in 365 Gr. Harn, spec. Gew. 1·027, eine grosse Menge Kügelchen, einige recht gross. Es wird mit dem Tragen des Säckchens aufgehört. Den 3./VI. in 365 Gr. Harn, spec. Gew. 1·029, eine grosse Menge Hg-Kügelchen, darunter einige ziemlich grosse.

Wir finden also eine ziemlich kräftige Hg-Absorption. Entsprechende Proben mit Schachteln wurden auch hier mit



dem Resultat gemacht, dass sich an den Kupferdrähten der auf dem Schenkel getragenen Schachtel viel Hg fand, während sich z. B. den 23./V. an den Kupferdrähten der auf der Brust getragenen Schachtel nur ein einziges Kügelchen nachweisen liess. Aber den 25./V. zeigten sich an den Kupferdrähten der auf der Brust getragenen Schachtel eine Menge kleine Hg-Kügelchen; die Erklärung war nicht schwer; wie nämlich die Patientin angab, hatte sich die Bandage im Laufe der Nacht verrückt, und dabei waren natürlicherweise die Hg-Dämpfe unter der Bandage hervorgeströmt, unter der Bettdecke überall hin gedrungen und in dieser Weise mit den Kupferdrähten in der Schachtel auf der Brust in Berührung gekommen.

Um grössere Gewissheit hierüber zu erhalten, führte ich schliesslich vom 24./V. bis zum 8./VI. einen Versuch aus, was in ganz derselben Weise wie in Fall III geschah, obschon die Salbe jetzt nicht mit Benzin, sondern mit Seifenwasser abgewaschen wurde.

Fall VII. H. T. Den 25./V. in 340 Gr. Harn, spec. Gew. 1·017, keine Hg-Kügelchen. Den 30./V. in 370 Gr. Harn, spec. Gew. 1·017, eine Menge Hg-Kügelchen, die meisten klein. Den 3./VI. in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1·017, eine grosse Menge Kügelchen, mehrere recht gross. Den 8./VI. in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1·013, eine grosse Menge Kügelchen, ein paar gross, mehrere recht gross.

Also war das Ergebniss dieses Versuches vollständig dem der früheren gleich. Die Untersuchung mit den Schachteln gab dasselbe Resultat wie in den vorhergehenden Fällen.

Es lässt sich wohl nicht gern bezweifeln, dass Hg durch die Haut absorbirt worden ist, doch nur verdünstetes, nicht eingeriebenes oder eingeklatschtes.

Manassein hat schon hervorgehoben, dass bei Schuster's Versuchen die Haut nicht intact gewesen sein kann; in meinen Fällen III und V war die Haut sehr gereizt, theilweise excoriirt, und dieses hat wohl zur Hg-Absorption in diesen Fällen beigetragen; in den Fällen VI und VII dagegen zeigte sich die Haut dem blossen Auge intact, und trotzdem fand hier eine kräftige Absorption statt; hervorzuheben sind jedoch auch in diesen Fällen die Ausnahmeverhältnisse (der Kautschukverband), unter welchen die Absorption geschehen ist.

Hat Schuster durch seinen Versuch darthun wollen, dass es das eingeklatschte, resp. eingeriebene Quecksilber ist, welches absorbirt wird, so kann ich nicht in den Schluss einstimmen, den er in diesem Falle aus seinem Versuche gezogen hat; will er mit seinem Versuch hingegen beweisen, dass es die unter der Bandage gebildeten Hg-Dämpfe sind, die absorbirt werden, so bin ich vollkommen mit ihm einig. Doch will ich dann hervorheben, dass uns diese Versuche einen ziemlich deutlichen Wink geben, unsere Patienten nicht länger mit diesen unbehaglichen Einreibungen zu plagen, sondern uns damit zu begnügen, sie Hg-Dämpfen auszusetzen.

Zeigt es sich nun, dass Hg-Dämpfe durch die (wenigstens dem Aussehen nach intacte) Haut des Oberschenkels absorbirt werden können, so ist es ja klar, dass ihre Absorption auch durch die Haut an anderen Stellen des Körpers geschehen kann. Bei der Anwendung der Hg-Säckchenmethode findet sich solchergestalt für das Quecksilber die Möglichkeit, von grossen Hautflächen absorbirt zu werden, denn die Hg-Dämpfe bleiben nicht unter dem Hg-Säckchen, sondern sie verbreiten sich, wie mehrere Versuche mit meinen Schachteln gezeigt haben, über alle Theile des Körpers. Ich will hier von diesen Versuchen nur ein paar anführen.

E. S. hatte in der Nacht vom 29./V. zum 30.|V. ein Hg-Säckchen auf dem Rücken und eine von meinen Schachteln, um den Hals gebunden, auf der Brust; an den Kupferdrähten dieser Schachtel fand sich am Morgen eine bedeutende Menge kleiner Hg-Kügelchen. In der Nacht vom 30./V. zum 31./V. hatte der Patient das Säckchen auf der Brust und die Schachtel zwischen den Schenkeln; am Morgen zeigte sich an den Kupferdrähten eine bedeutende Menge kleinerer Hg-Kügelchen.

A. S. hatte in der Nacht vom 29./V. zum 30/V. ein Hg-Säckchen auf der Brust und eine Schachtel zwischen den Oberschenkeln; am Morgen fanden sich an den Kupferdrähten der Schachtel eine grosse Menge kleinere Hg-Kügelchen. In der Nacht vom 30./V. zum 31./V. hatte der Patient das Hg Säckchen auf dem Rücken und die Schachtel mit den Kupferdrähten auf der Brust; am Morgen zeigten sich an den Drähten eine sehr bedeutende Menge sehr kleineHg-Kügelchen.

Man kann ja fragen: kann die Auffassung richtig sein, dass an den Stellen, wo das Hg-Säckchen liegt, eine grössere Absorption von Hg stattfindet, für welche Auffassung man eine Stütze in dem Umstande hat finden wollen, dass die Symptome

an diesen Stellen eher als an anderen Körpertheilen verschwinden? Ich habe zwar in Betreff dieser Frage meine Ansicht über das verschiedene Verschwinden der syphilitischen Symptome in meinem Aufsatz über die Mercolintschurze ausgesprochen, eine Ansicht, welche ich in der Hauptsache festhalte, doch gebe ich bereitwillig zu, dass, wenn Hg-Dämpfe unter dem Säckchen in grösserer Menge als an anderen Stellen des Körpers nachgewiesen werden können, von der Haut unter dem Säckchen Hg auch ganz wahrscheinlich in grösserer Menge als von der Haut an anderen Theilen des Körpers absorbirt wird. Um dieses zu ermitteln habe ich einen Theil Versuche mit meinen Schachteln mit Kupferdraht ausgeführt. Zwar besitzt diese Untersuchungsmethode keinen wissenschaftlichen Werth, doch kann sie uns gleichwohl eine approximative Erklärung darüber geben, wie es sich hiermit verhält. Wird an den Kupferdrähten in den Schachteln auf den verschiedenen Körpertheilen beinahe constant ein verschiedener Hg-Ansatz gefunden, so dürfte dieses ein ziemlich starker Wahrscheinlichkeitsbeweis dafür sein, dass sich auf den verschiedenen Theilen des Körpers eine verschieden grosse Menge Hg-Dämpfe findet und also auf ihnen wahrscheinlich auch eine verschieden grosse Absorption von Hg-Dämpfen stattfindet.

Ich habe nun in einer Menge von Fällen bei denselben Patienten eine Schachtel mit Kupferdrähten unter dem Hg-Säckchen auf der Brust und eine andere zwischen den Oberschenkeln placirt. Auch wenn es nun ein paarmal vorgekommen ist, dass sich in dem Hg-Ansatz an den Kupferdrähten in der auf der Brust und in der zwischen den Schenkeln und an anderen Stellen placirten Schachtel kein augenscheinlicher Unterschied fand, so ist dieses doch meistens der Fall gewesen. Es hat sich nämlich gezeigt, dass von den Kupferdrähten in der Schachtel auf der Brust eine bedeutende Menge Hg-Kügelchen sublimirten, während die Anzahl der von den Drähten in der Schachtel zwischen den Oberschenkeln sublimirten Kügelchen ersichtlich geringer war. Diese Versuche lassen es also als höchst wahrscheinlich erscheinen, dass mehr Hg-Dämpfe unter dem Hg-Säckchen absorbirt werden und dass dieses zu einem schnelleren Verschwinden der Symptome

auf der Brust und dem Rücken bei der Behandlung mit Hg-Säckchen beitragen kann.

Aber vielleicht fühlt man sich versucht, noch eine Frage aufzuwerfen, nämlich die: Geschieht alle Hg-Absorption bei der Behandlung mit diesen Hg-Säckchen durch die Haut, und hat vielleicht Spiegler Recht, wenn er sagt, „dass diese Methode vielleicht die reinste endermatische Methode ist!" Sie würde je dann durchaus keine Inhalationscur sein. Allzuviele Beweise finden sich, dass die Hg-Dämpfe durch die Respirationsorgane in den Körper gelangen, um diesen Weg für die Hg-Absorption unterschätzen zu können. Gegenwärtig ist es indessen unmöglich zu entscheiden, wie viel Hg auf dem einen, und wie viel auf dem anderen Wege absorbirt wird. Glücklicherweise ist dieses für uns in praktischer Hinsicht nicht von grosser Bedeutung, denn das Wichtigste ist es ja, wie ich oben gesagt habe, zu wissen, dass Hg bei der Anwendung dieser Methode, die von vornherein so eingerichtet ist, dass sie sich sowohl für eine Absorption der Hg-Dämpfe, durch die Haut, wie durch die Respirationsorgane eignet, schnell und kräftig absorbirt wird.

Man könnte ja sagen, dass es sich empfehle, Hg-Säckchen auch auf anderen Körpertheilen, z. B. den Extremitäten, wenn sich dort schwerere Symptome finden, anzuwenden. Dieses ist wohl möglich, doch ist es, da wir solche Mittel wie Unna's Carbol-Hg-Pflastermulle haben, die wir in Fällen, wo eine locale Behandlung erforderlich ist, anwenden können, weniger praktisch. In welcher Weise das Hg bei der Anwendung dieses Mittels absorbirt wird, wissen wir nicht, doch ist es wohl wahrscheinlich, dass sich unter dem Guttaperchazeug Hg-Dämpfe entwickeln und dann durch die Haut in den Organismus gelangen, was um so leichter geschehen kann, als die Epidermisschicht unter der Pflastermulle oft mehr oder weniger macerirt wird.

Auch wenn nun diese meine Untersuchungen ebensowohl wie die Untersuchungen anderer Forscher für die Absorption des Quecksilbers eine andere Erklärung als die geben, die ich bisher für richtig angesehen habe, so geben sie mir doch keine Veranlassung, die Hg-Säckchenmethode zu verändern,

und ebensowenig geben sie Anlass zu einer Veränderung der Anwendung der Mercolintschürze, so wie dieselbe in meinem oben erwähnten Aufsatz von mir vorgeschlagen worden ist. — Weit entfernt davon, die Berechtigung der Anwendung dieser auf die Verdünstung des Hg basirten Behandlungsmethoden zu verringern, scheinen mir diese Untersuchungen die Berechtigung ihrer Anwendung zu erhöhen.

Man hat aber auch andere Anmerkungen gegen meine Hg-Säckchenmethode erhoben. Man hat nämlich gesagt, dass Hg bei Anwendung dieser Methode zwar absorbirt, aber bald wieder eliminirt wird, daher eine Wirkung, die eine längere Zeit bestehen bleibt, von einer solchen Behandlung nicht zu erwarten ist.

Jordan hat in dieser Hinsicht eine Angabe gemacht, die ich zwar nicht erst zu widerlegen brauche, auf die ich hier aber hinweisen will. Er sucht hervorzuheben, dass sich in der Remanenz des Hg bei der Behandlung mit Säckchen und mit Einreibungen ein Unterschied findet und dass dieser Unterschied zu Gunsten für die Einreibungscur spricht. Er sagt nämlich l. c. pag. 363: „Welander gibt an, dass nach Injectionen, insbesondere nach solchen mit unlöslichen Präparaten, das Quecksilber am längsten, nämlich zwei Monate, im Körper remanire, dass aber auch nach seinen Salbensäckchen das Quecksilber in den ersten Wochen in ganz grosser Menge remanire. Nach Lanz remanirt das Hg nach Einreibungen noch viel länger; so konnte er in einem Falle nach freilich mehrfachen Hg-Curen, theils Spritz-, theils Einreibungscuren, von denen aber die letzte eine Einreibungscur gewesen war, ein halbes Jahr nach Abschluss derselben noch Spuren von Hg im Urin finden.“ Es geht ja hieraus hervor, dass Jordan die Bedeutung des Unterschiedes zwischen einer grossen Menge und nur Spuren eliminirten (d. h. remanirenden) Hg nicht richtig auffasst; ebenso scheint es, als ob er meine Angabe, dass „in den ersten Wochen Hg in ganz grosser Menge im Körper remanirt“, dahin deutet, als ob hier meiner Ansicht nach alle Hg-Elimination abgeschlossen sei. Niemals habe ich

gesagt, dass nach diesen Injectionen von unlöslichen Salzen „Quecksilber am längsten, nämlich zwei Monate, im Körper remanire“; im Gegentheil, ich habe stets hervorgehoben, dass das Hg immer lange, mehrere Monate, in einer sich mehr und mehr vermindernden Menge im Körper remanirt.

Da indessen meine Untersuchungen vom Jahre 1885 so wenig bekannt sind, will ich hier über die Remanenz, Absorption und Elimination des Quecksilbers einige Worte aus meinem Aufsatz in Nord. Med. Arkiv, 1886, anführen, in welchem Aufsatze ich zeige, dass das Quecksilber, unabhängig von der angewendeten Behandlungsform, stets constant eliminirt wird. Zu dieser Zeit war allgemein die Ansicht herrschend, dass das Hg sehr unregelmässig eliminirt werde und dass es 13—15 Jahre lang im Organismus remaniren könne.

Erst will ich jedoch Einspruch gegen einige Worte von Gschwend einlegen. Derselbe sagt nämlich anlässlich einer Aeusserung von mir über die constante Elimination des Quecksilbers: „Allein Welanders Argument beruht auf einer irrthümlichen Voraussetzung. Schuster stellt nämlich damals fest, dass das Quecksilber bis zu sechs, ja sogar bis zu acht Monaten nach der Einreibecur constant eliminirt wird. Welander aber glaubte, dass diese Quecksilberelimination nach jeglicher Art von Quecksilberbehandlung stattfinde und somit auch auf die Behandlung mittelst der Welander'schen Säckchen Bezug haben müsse, während Schuster doch nur von Einreibungen spricht.“ Ich will in Bezug hierauf nur erklären, dass ich nicht bloss geglaubt, sondern auch bewiesen habe, dass nach Anwendung aller der verschiedenen Hg-Methoden, die ich geprüft, Hg constant eliminirt wird, so z. B. nach der Anwendung verschiedener Formen von Hg-Pillen, mehrerer Arten von Injectionen löslicher und unlöslicher Hg-Salze. Einreibung und Ueberstreichung mit Hg-Salbe, Hg-Säckchen, Mercolintschürze u. s. w. Ich bitte, hier auf meinen ersten Aufsatz hierüber im Jahre 1886 sowie auf einige andere, in den folgenden Jahren veröffentlichte Aufsätze und die Angaben hinweisen zu dürfen, die ich hier weiter hinten über die Hg-Säckchenmethode mittheile. Ich habe meine Aeusserung weder auf eine irrthümliche, noch auf eine nicht irrthümliche

Voraussetzung, sondern auf von mir ausgeführte Untersuchungen gestützt.

Hinsichtlich der Remanenz (resp. Elimination) des Quecksilbers äusserte ich in dem genannten Aufsatz im Jahre 1886, nachdem ich über die Angabe berichtet, dass Hg 13—15 Jahre im Organismus remaniren könne: „Es lässt sich nicht gerne denken, dass diese Angaben richtig sein können und dass die Autoren die Angaben der Patienten über die Zeit, wo sie wirklich unter der einen oder anderen Form Hg das letzte Mal erhalten, genau controlirt haben."

„Es ist natürlicherweise von dem grössten Gewicht, sich, wenn man beurtheilen will, wie lange Hg im Körper remaniren kann, hierüber äussert genau zu unterrichten. Es ist durchaus nicht hinreichend, von den Patienten oder aus einem Journal zu erfahren, dass vor so und so viel Monaten oder Jahren so und so viel Hg in der oder der Form gegeben wurde, d. h. dass der Patient damals seine letzte Hg-Behandlung durchmachte. Man würde da leicht einen grossen Irrthum begehen können, und als Beispiel will ich hier Fall 28 nennen, wo die Patientin im Jahre 1869 eine Schmiercur durchmachte und Jodurpillen bekam, worauf sie nicht mehr wegen Syphilis mit Hg behandelt wurde, wo ich aber gleichwohl im Jahre 1885, also nach 16 Jahren, eine grosse Menge Hg im Harne fand. Hätte ich mich hier mit den Aufschlüssen begnügt, die das Journal des Krankenhauses lieferte, würde ich zu dem unnatürlichsten Ergebniss gelangt sein. Nähere Nachforschungen ergaben auch, dass die Patientin im Laufe des letzten Jahres mehrere Male eine Menge Hg gegen Ungeziefer in die Pubes eingerieben hatte und dass dieses das letzte Mal erst einige Tage vor der Untersuchung geschehen war.[1]) Ihre Hg-Elimination war nun leicht zu erklären, und ich hatte es nicht nöthig, einen so merkwürdigen Casus zu annotiren, der mit meinen übrigen Untersuchungen ganz im Streite gestanden haben würde. Wenn man weiss, wie leicht Hg bei Einreibung[1]) von Mercurialsalbe in die Pubes absorbirt wird, und wenn man weiss, wie oft solche Salbe eingerieben wird — wenn man

[1]) Anm. Ich wusste damals nicht, dass es das verdunstete und nicht das eingeriebene Quecksilber ist, welches absorbirt wird.

weiter weiss, in wie grosser Menge Hg durch die Abscesshöhlen, Geschwüre u. s. w. absorbirt wird, und wenn man weiss, dass Sublimat und wie oft solches heut zu Tage in der chirurgischen Praxis angewendet wird. und wenn man ferner weiss, dass bei der Einreibungsprocedur Personen, die in der Nähe sitzen, Hg in den Körper bekommen können — so liegt es nahe, zu argwöhnen, dass in den Fällen, wo sich z. B. 12, 13 Jahre nach abgeschlossener Hg-Behandlung Hg im Harn nachweisen lässt, von den betreffenden Personen später in der einen oder anderen Weise Hg angewendet worden ist und also das im Harn gefundene Quecksilber aus einer viel späteren Zeit als der herstammt, wo diese Personen das letzte Mal eine ordentliche Quecksilberbehandlung gegen Syphilis durchgemacht haben. So lange man diese Möglichkeit nicht bestimmt ausschliessen kann, liefern diese Fälle keinen Beweis dafür, dass das Quecksilber so und so viel Jahre im Körper remaniren kanu."

„Bei allen Untersuchungen, die ich in Betreff dieser Frage ausgeführt, habe ich auch in jeder Weise versucht, von den Patienten zu erfahren, ob sie seit der letzten ordentlichen Hg-Behandlung Hg in irgend einer Weise angewendet haben. Besonders ist dieses bei den Prostituirten nothwendig gewesen, die oft mit Pediculi pubis behaftet sind und gegen dieselben gewöhnlich Mercurialsalbe anwenden. Aber auch ein anderer Umstand trägt dazu bei, dass man von den Prostituirten, wenn man nicht Acht gibt, irre geführt werden kann. Es ist ihnen nämlich verboten, sich wegen venerischen Krankheiten von privaten Aerzten behandeln zu lassen, sondern es soll dieses im Krankenhause geschehen. Es dürfte daher anzunehmen sein, dass das dort geführte Journal zuverlässige Angaben über die Zeit liefern müsse, wo eine solche Frau das letzte Mal Hg erhalten hat. Dieses ist indessen nicht der Fall. Mehr als eine dieser Prostituirten sucht sich der Gesundheitsbesichtigung zu entziehen, indem sie, sobald sie glaubt, krank zu sein, vom Orte abreist u. s. w., und mitunter gelingt es ihr dann, während der Zeit eine mehr oder weniger ordentliche Hg-Behandlung durchzumachen. Aus Furcht vor der Strafe sucht sie dieses zu verheimlichen, und wenn man dann bei der Untersuchung ihres Harnes eine grössere oder kleinere Menge Hg in dem-

selben findet, könnte man ja versucht sein zu glauben, dass dieses Hg seit der letzten im Krankenhause durchgemachten Quecksilbercur im Organismus remanirt. Nur durch meine bestimmte Behauptung, dass Hg ausserhalb des Krankenhauses angewendet worden ist, habe ich das eine oder andere Mal eine Prostituirte dazu gebracht, dieses einzugestehen, und dadurch bin ich der Nothwendigkeit entgangen, eine unrichtige Angabe aufzuzeichnen."

„Zahlreiche Fälle könnte ich anführen, um zu zeigen, mit wie grosser Vorsichtigkeit man zu Wege gehen muss, wenn man hinsichtlich der Remanenz des Quecksilbers im Organismus einige Schlüsse ziehen will. So weit es mir möglich gewesen ist, habe ich auch bei meinen Untersuchungen alle Vorsicht beobachtet, doch kann ich natürlicherweise nicht behaupten, dass alle Angaben, die ich erhalten, richtig und also meine Untersuchungen in dieser Frage völlig zuverlässig sind."

Nachdem ich hierauf im Detail über alle meine hierhergehörigen Untersuchungen berichtet, sage ich: „Dass die vorstehenden Angaben, so weit es sich um meine privaten Patienten handelt, richtig sind, davon bin ich völlig überzeugt; dagegen finden sich unter den Prostituirten einige Fälle, die Zweifel an der Wahrheit der gelieferten Angaben erwecken müssen, und es ist zu vermuthen, dass die betreffenden Prostituirten, seit sie im Krankenhause das letzte Mal gegen Syphilis behandelt worden sind, Quecksilber angewendet haben."

„Ich habe deshalb in der folgenden Tabelle die Prostituirten und meine privaten Patienten gesondert angeführt."

Ergebniss		Länger als 10 Jahre	5—9 Jahre	4—5 Jahre	3—4 Jahre	2—3 Jahre	1½—2 Jahre	1—1½ Jahre	11—12 Mon.	10—11 Mon.	9—10 Monat.	8—9 Monate	7—8 Monate	6—7 Monate	5—6 Monate	4—5 Monate	3—4 Monate	2—3 Monate	1—2 Monate	Weniger als 1 Monat
Nicht Prostituirte	Positives Ergebniss							2					2		2	1	3	7	8	9
	Negatives Ergebniss					3		2		1							1			
Prostituirte	Positives Ergebniss				1	1	3	8	1	1	5	2	1	3	4	4	10	15	11	8
	Negatives Ergebniss	3	4	2	1	2	2	2	1		2							1		

„Hätte man das Recht, nach den bei Prostituirten ausgeführten Untersuchungen zu urtheilen, würde das Quecksilber in der Mehrzahl der Fälle das ganze erste Jahr nach einer ordentlichen Behandlung mit Hg im Organismus remaniren; aber aus Gründen, die ich oben angeführt habe, liefern diese Untersuchungen keine vollgiltigen Beweise."

„Dass sich Hg gleichwohl so lange wie sieben Monate nach der Behandlung mit Quecksilber im Organismus finden kann, davon bin ich überzeugt, da ich im Harn zweier privaten Patienten noch nach so langer Zeit nach der letzten Behandlung mit Hg Quecksilber gefunden habe; diese Patienten sind völlig zuverlässige Personen, und sie verneinen es bestimmt, in der genannten Zeit in irgend einer Weise mit Hg zu thun gehabt zu haben. Dasselbe ist auch mit zwei anderen Patienten der Fall, bei denen ich nach mehr als einem Jahre nach abgeschlossener Hg-Cur Quecksilber im Harn gefunden habe. In dem einen Falle untersuchte ich den Patienten 10 Monate und 18 Tage, 11 Monate und 11 Tage und 1 Jahr und 29 Tage nach dem Abschluss der Behandlung mit Hg und fand bei ihm jedes Mal Quecksilber im Harn, obschon nur in sehr geringer Menge. In dem anderen Falle hatte der Patient vor mehr als 1 Jahre 50 Einreibungen bekommen. Er hatte später Jodcalium genommen, doch verneint er, dass etwas Hg zugesetzt war. Diese beiden Fälle sprechen wenigstens für die Möglichkeit, dass Hg nach Jahr und Tag nach der Behandlung mit Quecksilber noch im Organismus remaniren kann. Dass viele Monate vergehen, ehe es vollständig eliminirt ist, ist im höchsten Grade wahrscheinlich, und dass es in der Regel 4—6 Monate nach beendigter Behandlung im Körper remanirt, scheint mir völlig sicher zu sein."

„Hierfür sprechen auch die Untersuchungen bei den Prostituirten. Von 48 Fällen, welche hier innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der Behandlung untersucht worden sind, war das Ergebniss nur in einem einzigen Falle negativ, und auch von 16 zwischen 6 und 12 Monaten nach beendigter Hg-Behandlung untersuchten Fällen sehen wir ein negatives Ergebniss nur in 3 Fällen. Dann zeigt sich aber ein positives Ergebniss nur in 6 von 10 zwischen 1 und 2 Jahren nach Ab-



schluss der Hg-Behandlung untersuchten Fällen, ausserdem in 1 Falle, der nach mehr als 2 Jahren, und in 1 Falle, der nach mehr als 3 Jahren, nachdem die Patientin das letzte Mal Hg erhalten haben soll, untersucht worden ist. Diese Fälle sind natürlich im höchsten Grade zweifelhaft. Dass diese Patienten in den letzten Wochen oder Monaten vor der Untersuchung keine wirkliche Hg-Behandlung erhalten haben, hat man allen Grund anzunehmen, da die Quecksilbermenge, die sich in ihrem Harne fand, nur sehr gering war. Von drei Fällen findet sich aufgezeichnet: ein paar sehr kleine Hg-Kügelchen, von einem anderen: ein par kleine Hg-Kügelchen, und von zweien: einige kleine Hg-Kügelchen. Nur von einem Falle ist aufgezeichnet: einige nicht kleine Hg-Kügelchen, aber in diesem Falle hatte die Patientin syphilitische Ulcerationen im Halse, und es ist daher möglich, dass sie sich vor ihrer Aufnahme in das Krankenhaus Hg verschafft hatte. In den übrigen Fällen waren die Patientinen mit Ausnahme einer einzigen alle wegen weichen Chancre in das Krankenhaus aufgenommen worden, daher sich kein Grund zu der Annahme findet, dass sie in der letzten Zeit ausserhalb des Krankenhauses eine Hg-Behandlung begonnen hatten, sondern es ist das Hg wahrscheinlich in einer anderen Weise, z. B. durch Einreibung von Mercurialsalbe in die Pubes, was die Frauen sich oft schämen zu erzählen, in den Organismus gekommen."

Es geht ja aus diesen Untersuchungen, wie ich gefunden, deutlich hervor, dass das Hg zwar nicht Jahre, aber doch Monate nach Abschluss einer Hg-Behandlung constant im Harn des Patienten nachgewiesen werden kann, mit anderen Worten, dass es so lange im Organismus des Patienten remanirt. Aber es ist nicht dieses, was in praktischer therapeutischer Hinsicht von Gewicht ist; von Gewicht ist es zu wissen, wie lange nach einer Behandlung mit Hg unter der oder der Form so viel Hg im Körper zurückbleibt, dass es sich berechnen lässt, ob das im Körper remanirende Hg therapeutisch oder, wenn man es so nennen will, prophylaktisch wirken kann, d. h. dem Auftreten eines allgemeinen Recidives vorbeugen kann (denn das Auftreten eines vereinzelten Symptomes an einer irritirten Stelle, wie z. B. der Vulva, den Lippen u. s. w.,

kann die grösste im Körper remanirende Hg-Menge nicht immer verhindern). Für die Untersuchungen, die ich in dieser Hinsicht im Jahre 1885 ausgeführt habe, will ich aus meinem Aufsatz darüber vom Jahre 1886 folgende Tabelle anführen, welche die approximativen Mengen des eliminirten Hg zu verschiedenen Zeitperioden nach Abschluss der Behandlung angibt.

Ich habe diese approximative Berechnung der Hg-Menge auf die Anzahl und Grösse der Hg-Kügelchen gegründet. In dem genannten Aufsatz Seite 14 und 15 habe ich ein Schema mitgetheilt, nach welchem ich die Hg-Menge als höchst bedeutend, bedeutend, gross u. s. w. bezeichne.

Menge des Hg	Länger als 10 Jahre	5—9 Jahre	4—5 Jahre	3—4 Jahre	2—3 Jahre	1½—2 Jahre	1—1½ Jahre	11—12 Mon.	10—11 Mon.	9—10 Mon.	8—9 Monate	7—8 Monate	6—7 Monate	5—6 Monate	4—5 Monate	3—4 Monate	2—3 Monate	1—2 Monate	Weniger als 1 Monat
Keine	3	4	2	1	5	2	4	1	1	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Sehr klein . . .	—	—	—	1	1	3	4	—	—	2	2	—	2	—	1	2	1	—	1
Klein	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	—	2	—	5	1	5	6	1	1
Ziemlich gross .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	2	5	6	3	1
Gross	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	3	10	3
Bedeutend . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5	5
Höchst bedeutend	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Summa . .	3	4	2	2	6	5	9	2	2	7	2	3	3	6	5	14	23	19	12

Wir ersehen aus dieser Tabelle, dass die Menge des remanirenden Hg sich Monat für Monat nach dem Abschluss der Behandlung vermindert (die vorhandenen Verschiedenheiten finden in einer verschieden starken Behandlung ihre Erklärung). Natürlicherweise muss eine solche Verminderung des remanirenden Hg auch nach der Anwendung der Behandlung mit Hg-Säckchen geschehen; da es nun in praktischer Hinsicht nicht das Geringste zu bedeuten hat, wie lange Hg bei der Anwendung der Hg-Säckchen und auch bei der Anwendung

der Injection unlöslicher Salze nach Abschluss der Behandlung im Harn nachgewiesen werden kann, so habe ich mich in Betreff dieser Behandlungsformen damit begnügt, zu ermitteln, wie lange eine grosse Menge nach Anwendung derselben im Organismus remanirt, woraus natürlicherweise nicht der Schluss gezogen werden darf, dass die Elimination von Hg aufhört, sobald keine grössere Menge mehr eliminirt wird. Ich hoffe, dass meine Angaben in der Regel nicht so gedeutet worden sind.

Ich will nun zu einer Anmerkung oder, richtiger gesagt, zu einem Schlusse übergehen, den Gschwend aus seinen genauen Untersuchungen über die therapeutische Wirkung der Hg-Säckchen zieht — ein Schluss, den ich durchaus nicht als berechtigt ansehen kann.

Wie ich bereits erwähnt habe, ist Gschwend der Ansicht, dass bei der Anwendung der Hg-Säckchen Recidive ungewöhnlich rasch auftreten, und er sagt nun: „Dieses rasche Recidiviren lässt darauf schliessen, dass die Quecksilberremanenz in diesen Fällen nur unbedeutend gewesen sein kann."

Ich habe zwar schon früher gezeigt, dass die Elimination des Hg bei Anwendung dieser Behandlungsform nicht schneller als bei der Anwendung der meisten anderen Behandlungsmethoden geschieht; da ich es aber stets zur Gewohnheit gehabt habe, zu untersuchen, ob eine gegen meine Angaben erhobene Anmerkung richtig ist, so habe ich dieses auch hier gethan. Es ist mir da gleichwohl als zweckmässiger und richtiger erschienen, hierfür wirkliche Untersuchungen über die Remanenz des Quecksilbers anzuführen, als, wie Gschwend, zu versuchen, sie in indirecter Weise nachzuweisen.

Ich will nun über die Remanenz des Quecksilbers in 22 Fällen berichten, die ich, bis auf zwei, aller meiner privaten Praxis entnommen habe, damit ich richtig sicher sein kann, dass von den Patienten nicht extra Hg angewendet worden ist; dass dieses auch in den beiden Fällen (Nr. 11 und 17 der Tabelle), die im Krankenhause behandelt worden sind, nicht geschehen ist, davon glaube ich überzeugt sein zu können. Ich habe in der folgenden Tabelle die Dauer der Behandlung, die Anzahl der Tage nach Abschluss derselben und die Menge

des gefundenen Hg. approximativ berechnet, angegeben. In Bezug auf die Dauer der Behandlung will ich hier bemerken, dass ich stets, welche Behandlungsweise ich auch anwende, eine kräftige Behandlung gebe. Liegt ganz frische Syphilis (die erste Behandlung) vor oder sind die Symptome schwer, so gebe ich, so weit dieses möglich ist, eine sehr kräftige und lange andauernde Behandlung. Eine mehr als dreissigjährige Erfahrung als Syphilidologe hat mich gelehrt, dass eine Hg-Behandlung, wenn mit derselben ein wirklich gutes Resultat erzielt werden soll, kräftig sein muss und eine nicht zu kurze Dauer haben darf.

Nummer	Anzahl Hg-Säckchen	Anzahl Tage nach Abschluss der Behandlung	Untersuchung des Harns auf Hg	Approximative Bestimmung der Hg-Menge
1	30 Mal	46 Tage	in 285 Gr. Harn, spec. Gew. 1,024, eine grosse Menge Kügelchen, mehrere recht gross	bedeutend
2	30 „	49 „	in 336 Gr. Harn, spec. Gew. 1,023, ein paar grosse, viele ziemlich grosse Kügelchen	bedeutend
3	30 „	51 „	in 225 Gr. Harn, spec. Gew. 1,036, eine höchst bedeutende Menge Kügelchen, mehrere ziemlich gross	bedeutend
4	30 „	58 „	in 325 Gr. Harn, spec. Gew. 1,031. eine Menge Kügelchen, einige gross	gross
5	45 „	59 „	in 180 Gr. Harn, spec. Gew. 1,028, eine Menge Kügelchen, mehrere ziemlich gross	gross
6	30 „	60 „	in 190 Gr. Harn, spec. Gew. 1,025, eine bedeutende Menge Kügelchen, einige recht gross	gross
7	30 „	60 „	in 300 Gr. Harn, spec. Gew. 1,011, eine bedeutende Menge meist kleinere Hg-Kügelchen	recht gross
8	30 „	61 „	in 320 Gr. Harn, spec. Gew. 1,033, eine höchst bedeutende Menge Kügelchen, die meisten klein, einige gross	gross

Nummer	Anzahl Hg-Säckchen	Anzahl Tage nach Abschluss der Behandlung	Untersuchung des Harns auf Hg	Approximative Bestimmung der Hg-Menge
9	30 Mal	63 Tage	in 346 Gr. Harn, spec. Gew. 1,019, eine Menge Kügelchen, einige ziemlich gross	recht gross
10	30 „	68 „	in 320 Gr. Harn, spec. Gew. 1,026, eine Menge Kügelchen, einige gross	gross
11	39 „	70 „	in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1,020, eine grosse Menge Kügelchen, mehrere ziemlich gross	gross
12	30 „	70 „	in 300 Gr. Harn, spec. Gew. 1,024, eine Menge recht grosse Kügelchen	gross
13	30 „	72 „	in 300 Gr. Harn, spec. Gew. 1,025, eine grosse Menge Kügelchen, die meisten ziemlich gross	gross
14	30 „	82 „	in 320 Gr. Harn, spec. Gew. 1,020, eine grosse Menge Kügelchen, einige ziemlich gross	gross
15	30 „	82 „	in 320 Gr. Harn, spec. Gew. 1,016, eine grosse Menge Kügelchen, einige ziemlich gross	gross
16	30 „	84 „	in 250 Gr. Harn, spec. Gew. 1,018, viele grosse Kügelchen	gross
17	30 „	97 „	in 365 Gr. Harn, spec. Gew. 1,028, eine Menge Kügelchen, einige recht gross	recht gross
18	30 „	106 „	in 295 Gr. Harn, spec. Gew. 1,027, ein paar recht grosse, eine Menge kleinere Kügelchen	recht gross
19	30 „	125 „	in 380 Gr. Harn, spec, Gew. 1,029, ein ziemlich grosses, ein Theil kleinere Kügelchen	klein
20	20 „	139 „	in 300 Gr. Harn, spec. Gew. 1,015, einige recht grosse Kügelchen	recht gross
21	30 „	150 „	in 340 Gr. Harn, spec. Gew. 1,020, viele Kügelchen, einige recht gross	recht gross
22	30 „	180 „	in 290 Gr. Harn, spec. Gew. 1,021, eine Menge sehr kleine Kügelchen	klein

Wir ersehen aus der Zusammenstellung, dass sich die Menge des eliminirten Quecksilbers, die ja die Menge des im Organismus remanirenden Quecksilbers angibt, constant in demselben Verhältniss vermindert, in welchen die Zeit nach dem Abschluss der Behandlung sich vermehrt. Schon im Jahre 1886 habe ich darauf hingewiesen, dass man bei der approximativen Berechnung der Menge des eliminirten Hg die Menge des untersuchten Harnes und das spec. Gewicht desselben berücksichtigen muss. Es ist ja klar, dass z. B. in 350 Gr. von gleicher Beschaffenheit eine grössere Menge Hg nachzuweisen sein muss, als in 200 Gr. Deshalb kann ich mit Grund behaupten, dass, wenn in den Fällen 5 und 6 eine gleich grosse Menge Harn untersucht worden wäre, wie in den übrigen Fällen, also ungefähr 325 Gr., ganz sicher in ihnen auch die Menge des eliminirten Hg als bedeutend, anstatt als gross hätte bezeichnet werden können; das niedrige specifische Gewicht in Fall 7 kann sehr gut die Ursache sein, dass die Menge des eliminirten Hg hier nur als recht gross (anstatt gross) bezeichnet werden konnte.

Vergleichen wir indessen diese Tabelle mit Tabelle II, in welcher sich eine Menge mit Einreibungen behandelte Fälle aufgenommen finden, so zeigt sich zwischen diesen Tabellen eine in die Augen fallende Uebereinstimmung. — Diese wirklichen Untersuchungen auf Hg zeigen also, dass das Quecksilber bei der Behandlung mit Hg-Säckchen nicht so schnell eliminirt wird, wie man glaublich zu machen gesucht hat, und dass die Methode nicht mit einem solchen Fehler behaftet ist.

Ich will hier bemerken, dass in die Tabelle II kein Fall von Injectionen unlöslicher Salze aufgenommen ist; ich hatte damals noch nicht damit begonnen, solche Injectionen zu geben. Bei diesen Injectionen findet nämlich eine länger andauernde und kräftigere Elimination von Hg statt, da bei ihnen auch nach Abschluss der Behandlung eine Absorption von Hg von den Depots aus stattfindet, die durch die Injectionen angelegt worden sind; dieses gilt in einem noch höheren Grade von Injectionen von Langs Ol. cinerum. Ich habe auch hervorgehoben, dass die Injectionen unlöslicher Salze sowohl in dieser, wie in vielen anderen Hinsichten eine Idealbehandlung

wären, wenn sie nicht so oft diese schmerzhaften Infiltrationen hervorriefen, die ihre Anwendung in einer Menge von Fällen so beschwerlich machen.

Können nun diese Worte über Quecksilberdepots auch in Bezug auf die wirkliche Einreibungscur angewendet werden? Gschwend scheint dieses anzunehmen, denn er sagt: „dass sich bei der Einreibungscur ein gewisses Depot von Quecksilber in den Poren der Talg- und Schweissdrüsen festsetzt und nach Charles Mauriac eine ebenso beständige und milde Absorption durch die Haut erleidet, darum die längere Remanenz und das spätere Auftreten von Recidiven, während bei der Säckchenbehandlung diese Depots fehlen und daher die Quecksilberzufuhr mit dem Aussetzen des Säckchens aufhört."

Ja! so haben Mauriac und Gschwend gesagt, aber haben sie auch für die Richtigkeit ihrer Aeusserung einen Beweis beigebracht? Mir wissentlich haben sie keine Untersuchungen ausgeführt, um das, was sie hier gesagt, zu beweisen. Aber finden sich andere Untersuchungen, die dafür vielleicht eine Stütze sein können? Wir wissen z. B., dass Neumann und Führbringer vor langer Zeit dargethan haben, dass bei Einreibungen Hg-Salbe in die Haarfollikeln und die Talgdrüsen kommt. Manassein's und namentlich Brock's Untersuchungen haben bekräftigt, dass dieses der Fall ist und dass bei Einreibungen Hg ziemlich tief in diese Mündungen eindringt. Brock sagt: „Die Quecksilberkügelchen lagen zwischen den Zellen der obersten Harnschichtabschnitte, in den Haarfollikeln zwischen Haar und einer Wurzelscheide, nach unten zu etwa bis zur unteren Grenze des oberen Drittels, ferner in den Mündungen der Talg- und Knäueldrüsen." Von hier wird aber das Hg nicht absorbirt, sondern „in dem Masse, wie die Hornschicht sich abstösst, wird das Metall gleichfalls von der Oberfläche entfernt; das wachsende Haar nimmt bei der Einreibung mit der Haarwurzel verklebten Salbenmassen aus der Tiefe mit sich fort." Brock sagt ferner: nach 14 Tagen „fanden sich Quecksilberkügelchen nur ganz vereinzelt, und zwar in den alleroberstenPartien der Hornschicht; die Talgdrüsen- und die Knäueldrüsen-Mündungen sind frei von Quecksilberkügelchen; in den Haarfollikeln finden sich dieselben nur an der Mündung rings um das Haar herum."



Es unterliegt also keinem Zweifel, dass sich hier in der ersten Zeit nach einer Einreibungscur eine Art von Quecksilberdepots in der Haut finden. Davon kann man sich auch in anderer Weise leicht überzeugen. Wenn man wirkliche Einreibungen macht und die Salbe die Nacht über aufgestrichen auf der Haut liegen lässt und sie erst am Morgen darauf abwäscht, so kann man schon mit dem blossen Auge, deutlicher aber noch mit der Lupe, in der ersten Zeit nach den Einreibungen in den Mündungen der Haarfollikeln, namentlich in den grösseren, schwarze Punkte sehen, die anfangs in gleicher Höhe mit der Haut liegen, sich aber nachher über sie erheben. Wenn man diese schwarze Masse vorsichtig aus der Mündung herauspresst, sie in eine feine Glasröhre bringt und die Röhre dann an der Stelle, wo die Masse liegt, erhitzt, so kann man nachher mit dem Mikroskope sehen, dass eine Menge Hg-Kügelchen sublimirt worden sind. Solche Hg-Anhäufungen habe ich in den beiden Fällen, die ich näher untersucht, hauptsächlich an den Unterschenkeln, weniger zahlreich an den Oberschenkeln und auf dem Rücken und am wenigsten zahlreich an den Armen gefunden. Man findet also, sowohl makro- wie mikroskopisch. Hg-Depots in der Haut, und wenn auch der Organismus dieses Hg nicht durch die Haut zu absorbiren vermag, so liegt doch die Annahme nahe zur Hand, dass von diesen Depots aus Hg verdünsten und solchergestalt, unter der Form von Hg-Dämpfen, absorbirt werden kann.

Aber unter welcher Form findet sich nun das Hg in diesen Follikelmündungen? Findet es sich in ihnen unter der Form von metallischem Quecksilber, so ist die Möglichkeit vorhanden, dass es verdünsten und absorbirt werden kann; andernfalls ist es Zweifel unterworfen, ob es verdünsten und absorbirt werden kann.

Ich habe folgende zwei Versuche ausgeführt, theils um zu erfahren, unter welcher Form das Hg in den Follikelmündungen findet, theils um zu sehen, wie lange es dort remanirt.

Fall VIII. Th. B. Den 31./V. wurde um 8 Uhr Nachm. an beiden Waden eine ordentliche, halbstündige Einreibung von 6 Gr. Ung. Hydr. (1: 2) ausgeführt und dabei, wie gewöhnlich, nicht alles Hg eingerieben, sondern ein Theil der Salbe aufgestrichen auf der Haut liegen gelassen; unmittelbar nach der Einreibung wurde (der Reinlichkeit wegen) ein



Leinentuch um jede Wade gebunden. Nach 12 Stunden wurde die auf der Haut liegende Salbe abgewaschen. Den 1./VI. wurde dieselbe Procedur an den Oberschenkeln, den 2./VI. auf dem Rücken und den 3./VI. an den Armen ausgeführt. Den 4./VI. wurde die zuletzt eingeriebene (aufgestrichene) Salbe abgewaschen und mit den Einreibungen aufgehört. Den 7./VI. bekam die Patientin ein allgemeines Bad. Den 11./VI. zeigen sich an den Unterschenkeln in vielen grossen Follikelmündungen schwarze Pfropfen, von denen sich mehrere etwas über die Fläche der Haut erheben; an den Oberschenkeln finden sich hier und da solche Pfropfen, aber auf dem Rücken und an den Armen zeigt sich nur der eine und der andere. Ein kleiner solcher schwarzer Pfropfen wurde aus der Follikelmündung herausgenommen, in eine feine Glasröhre gebracht und über einer Gasflamme erhitzt, wobei Hg sublimirte und sich unter dem Mikroskop eine Menge Hg-Kügelchen zeigten. Den 15./VI. zeigen sich auf dem Rücken und an den Armen keine schwarzen Pfropfen mehr, an den Oberschenkeln kommen sie nur noch vereinzelt vor; aber an den Unterschenkeln sind sie noch vorhanden; es zeigt sich die Mehrzahl derselben über die Hautfläche erhaben; an vielen Stellen sitzt ein solcher Pfropfen an dem Haare sogar etwas oberhalb der Hautfläche. Viele der Pfropfen haben ein grauliches Aussehen. Einige solche Pfropfen wurden in Glycerin auf ein Objectglas leicht angedrückt, wo sich unter dem Mikroskop von epidermisähnlichen, ganz sicher aus der Follikelmündung stammender Zellen umgebene Agglomerate von Hg-Kügelchen (?) zeigten; zwischen den Epidermisschuppen konnten Hg-Kügelchen nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Den 18./VI. bekam die Patientin ein Bad; nur an den Unterschenkeln zeigen sich noch solche schwarze Pfropfen, doch an Zahl vermindert. Den 19./VI. in solchen Pfropfen Anhäufungen von glänzenden Hg-Kügelchen (?).

Fall IX. L. A. Wirkliche Einreibungen wurden in derselben Weise wie im vorigen Fall den 8./VI. an den Waden, den 9./VI. an den Oberschenkeln, den 10./VI. am Rücken und den 11./VI. an den Armen gemacht. Den 12./VI. zeigen sich an allen Stellen, wo die Einreibung ausgeführt worden ist, schwarze Punkte in der Haut, und zwar an den Unterschenkeln in grosser Menge, ebenso auch am Rücken, an den Oberschenkeln und den Armen aber in geringerer Menge; einer dieser Pfropfen wurde herausgenommen und in einer Glasröhre erhitzt, wobei eine Menge Hg-Kügelchen sublimirten. Den 15./VI. fangen an den Unterschenkeln, namentlich dem rechten, die Pfropfen an, sich über die Hautfläche zu erheben; an den übrigen Stellen zeigen sie sich an Zahl vermindert; ein paar Pfropfen wurden mikroskopisch in Glycerin untersucht und gaben dabei ganz dasselbe Bild wie im vorigen Falle. Den 18./VI. badete die Patientin. An den Armen, dem Rücken und den Oberschenkeln vereinzelte Pfropfen; an den Waden, insonderheit der linken, die Anzahl der Pfropfen vermindert und die Mehrzahl derselben etwas über die Hautfläche erhaben, ein Theil von ihnen sogar ganz über dieselbe herausgeschoben. Den 23./VI. bei mikroskopischer Untersuchung der Pfropfen

von verschiedenen Stellen sowohl vereinzelte Hg-Kügelchen, wie Anhäufungen von glänzenden solchen Kügelchen (?) zu sehen.

Es schien mir durch diese Untersuchungen dargethan zu sein, dass das Quecksilber unter der Form von metallischem Hg in der Haut remanirt; fortgesetzte Untersuchungen zeigten aber, wie schwer es ist, kleine Hg-Kügelchen mit Sicherheit von kleinen Luftbläschen zu unterscheiden, die stets bei diesen Untersuchungen auftreten. Dieses zeigte sich noch deutlicher, als ich in einigen Fällen versuchte, an eingeriebenen Stellen die Epidermis abzuschaben, um zu sehen, ob sich zwischen den Epidermisschuppen Hg-Kügelchen fanden. Bei allen Personen, die ich untersuchte, ja sogar bei denen, die kein Hg erhalten hatten, traten kleine Luftbläschen auf, die kleinen Hg-Kügelchen täuschend ähnlich waren. Ich kann deshalb aus den beiden ebenerwähnten Fällen hinsichtlich der Form der Hg-Remanenz keine Schlüsse ziehen.

Um indessen zu erfahren, ob Hg nach seiner Einreibung in nennenswerther Menge zwischen den Epidermiszellen remanirt, habe ich eine Anzahl Versuche in der Weise ausgeführt, dass ich Epidermisschuppen an Stellen abschabte, wo zwar Einreibungen geschehen waren, sich aber mit der Lupe keine schwarzen Pfröpfchen in den Follikelmündungen entdecken liessen, das Abgeschabte nachher in feine Glasröhren brachte, es hier erhitzte und dann untersuchte, ob sich einige Hg-Kügelchen sublimirt zeigten. Ich habe in dieser Weise niemals Hg nachzuweisen vermocht, selbst nicht einmal da, wo ich, wie in dem folgenden Fall, diese Untersuchung zwei Tage nach der Einreibung des Hg ausführte.

Fall X. K. A. Den 21./VII. Einreibung an den Waden, Bad den 22./VII. und den 23./VII. Den 23./VII. wurden an den Waden an einer Menge Stellen, wo schwarze Pfröpfchen in den Follikelmündungen nicht zu entdecken waren, Epidermisschuppen abgeschabt, in feine Glasröhren gelegt und erhitzt, keine Hg-Kügelchen liessen sich entdecken. Unmittelbar hierauf wurden zwei kleine schwarze Pfröpfchen aus den Follikelmündungen gehoben, in feine Glasröhren gebracht und erhitzt — hierbei liessen sich mikroskopisch eine Menge Hg-Kügelchen nachweisen.

Zwischen den Epidermiszellen habe ich also nie mit Sicherheit Hg nachweisen können, wohl aber konstant in den kleinen schwarzen Pröpfchen in den Follikelmündungen.

Wie lange nun solche Hg-Pfröpfchen sich in den Follikel-





mündungen finden können, scheint ganz sicher darauf zu beruhen, wie oft der Patient badet und an den eingeriebenen Stellen gebürstet wird; wie lange sich das Hg in diesen Pröpfchen erhält, vermag ich nicht anzugeben, doch habe ich in ihnen noch nach 3 Wochen Hg nachweisen können.

Diese Versuche haben zwar keinen Aufschluss über die Form geben können, unter welcher das Hg in der Haut remanirt, doch haben sie auf alle Fälle sicher gezeigt, dass eingeriebenes Hg wirklich eine Zeit lang in der Haut remanirt, womit die Möglichkeit der Verdünstung und Absorption desselben gegeben ist.

Hat nun eine solche wirklich stattgefunden? und wenn dieses der Fall gewesen ist: kann sie so gross gewesen sein, dass sie eine praktische Bedeutung gehabt hat? Wir können uns ja eine Verdünstung theils von diesen Pfropfen, aber theils auch von dem Quecksilber denken, das sich nach Brock zwischen den Zellen der obersten Hornschichtabschnitte abgelagert findet. In demselben Verhältniss, in welchem dieser abgestossen wird, wird auch das Quecksilber abgestossen. Da nun Brock Hg-Kügelchen nach 14 Tagen nur ganz vereinzelt in den obersten Partien der Hornschicht finden konnte, und da es mir nicht geglückt ist, bei der Erhitzung abgeschabter Epidermis sublimirtes Hg nachzuweisen, ist es sehr wahrscheinlich, dass die Verdünstung von diesem remanirenden Hg, von diesen Hg-Depots nicht gross sein kann. In den Haarfollikeln konnte ja Brock nach 14 Tagen Hg-Kügelchen rings um das Haar herum sehen, was ja gut mit meinen Untersuchungen der herausgepressten schwarzen Pfröpfchen übereinstimmt; von diesen liesse es sich ja denken, dass von ihnen aus eine grössere Verdünstung und Absorption von Hg geschehen könnte. Aber à priori ist dieses nicht wahrscheinlich. Wohl konnte man eine Menge Follikeln an den Unterschenkeln mit schwarzer Hg-Masse gefüllt sehen, die Quecksilber enthielt, aber die Grösse der Verdünstung ist ja von der Verdünstungsfläche des Quecksilbers abhängig. Rechnet man nun auch den Flächeninhalt dieser kleinen Pfröpfchen zusammen, so ist die Verdünstungsfläche doch gleichwohl sehr klein, daher man nicht das Recht hat, hier eine grössere Verdünstung zu erwarten.



Um dieses einigermassen zu prüfen, habe ich in diesen beiden Fällen, VIII und IX, folgende Versuche ausgeführt.

T. B. Nachdem sie den 4./VI. alle 4 Einreibungen (+ Ueberstreichung) erhalten hatte, wobei so viel Hg absorbirt wurde, dass sich den 8./VI. in 360 Gr. Harn, spec. Gew. 1·019, eine Menge Hg-Kügelchen fanden, von denen einige ziemlich gross waren, liess ich sie die folgenden Nächte auf der Brust eine Schachtel mit Kupferdrähten tragen. Die Möglichkeit fand sich ja für das Quecksilber, sowohl von den Follikelmündungen aus, wie von dem zwischen den Epidermiszellen abgelagerten Quecksilber zu verdünsten. Am Morgen des 5./VI. fanden sich an den Kupferdrähten der Schachtel auf der Brust viele kleine Hg-Kügelchen. Am Morgen des 6./VI. fanden sich an den Kupferdrähten der Schachtel auf der Brust eine Menge sehr kleine Hg-Kügelchen. Am Morgen des 7./VI. fanden sich an den Kupferdrähten der Schachtel auf der Brust keine Hg-Kügelchen. Auch an den folgenden Morgen konnten keine Hg-Kügelchen an den Kupferdrähten entdeckt werden. Da sich an anderen Stellen als den Waden nur sehr wenig Hg-Pfropfen zeigten, machte ich einen Versuch, um zu erfahren, ob die Verdünstung dort nicht möglicherweise grösser sei, obschon die Hg-Dämpfe sich nicht bis an die Brust hinauf verbreitet haben. Ich band an jede Wade eine Schachtel mit Kupferdrähten und liess diese Schachteln die Nacht vom 16./VI. bis zum 17./VI. an diesen Stellen liegen. Am Morgen des 17. konnte an den Kupferdrähten keiner dieser Schachteln Hg entdeckt werden.

L. A. Das Ergebniss war hier vollständig dem im vorigen Falle erhaltenen gleich. Den 8./VI. Einreibung an den Waden. Den 9./VI. Einreibung an den Oberschenkeln; am Morgen liessen sich an den Kupferdrähten der Schachtel, die auf der Brust gelegen hatte, eine Menge kleine Hg-Kügelchen nachweisen. Den 10./VI. Einreibung auf dem Rücken; am Morgen des 11./VI. liessen sich eine bedeutende Menge Hg-Kügelchen nachweisen. Den 11./VI. Einreibung an den Armen. Den 12./VI. konnten eine Menge kleinere Kügelchen nachgewiesen werden (hören mit den Einreibungen auf). Den 13./VI. liessen sich an den Kupferdrähten nur einige kleine Hg-Kügelchen nachweisen. Den 14./VI. und auch an den folgenden Morgen waren keine Hg-Kügelchen nachzuweisen.

Hieraus könnte man ja den Schluss ziehen, dass Hg von diesen Hg-Depots nicht länger als ein paar Tage verdünstet; dieses wäre aber ein unrichtiger Schluss, denn Hg verdünstet sicher so lange, wie diese Hg-Depots sich finden, obschon dieses nur in sehr geringer Menge geschieht. Wenn die Verhältnisse für die Verdünstung des Quecksilbers sehr günstig sind, findet man auch, dass Hg von diesen Depots in nachweisbarer Menge verdünstet.

Ich liess sowohl T. B. wie L. A. am Abend des 15./VI. auf denjenigen ihrer Unterschenkel, an welchem sich in den



Follikelöffnungen die meisten schwarzen Pfropfen zeigten, unmittelbar auf die Haut eine Schachtel mit Kupferdrähten legen und darüber Wachstaffet binden, worauf der ganze Schenkel, ganz wie bei Schuster's Versuchen, ordentlich mit Gazebinden umwickelt wurde. Am Morgen darauf fand ich bei beiden Patienten an den Kupferdrähten der Schachtel ziemlich viele kleine Hg-Kügelchen. Also ist die Verdünstung des Hg bei dieser höheren Temperatur, wo die Hg-Dämpfe dazu unter dem Wachstaffet concentrit sind, völlig nachweisbar.[1])

Ich führte nun Controlversuche an den beiden anderen Unterschenkeln aus, wo die Anzahl der Hg-Pfropfen kleiner war, und fand auch hier eine Hg-Verdünstung, obschon dieselbe geringer war; ja der Versuch wurde, nachdem L. A. den 18./VI. gebadet hatte, mit dem Ergebniss erneuert, dass sich auch jetzt eine Hg-Verdünstung, obschon in geringer Menge, nachweisen liess.

Um weiter zu ermitteln, ob es hauptsächlich diese Hg-Pfropfen in den Follikelmündungen oder das zwischen den Epidermiszellen abgelagerte Quecksilber war, von wo die Verdünstung geschah, liess ich bei L. A. sowohl an dem rechten Arm, wie an dem linken Oberschenkel, an welchen Stellen sich hier und da Hg-Pfropfen zeigten, einen solchen Wachstaffetverband mit einer Schachtel mit Kupferdrähten unmittelbar auf die Haut legen — an den Drähten beider Schachteln liessen sich einige kleine Hg-Kügelchen nachweisen. Einen solchen Versuch hatte ich am Tage vorher auch an dem rechten Oberschenkel der Patientin, wo sich kaum einige Hg-Pfropfen entdecken liessen, gemacht und hier ein negatives Ergebniss erhalten.

Ich führte einen solchen Versuch auch bei T. B. aus, und zwar vom 17./VI. bis 18./VI. an ihrem rechten Oberschenkel und vom 18./VI. bis 19./VI. an ihrem rechten Arm, an welchen Stellen sich keine Hg-Pfropfen entdecken liessen. In keiner der Schachteln waren an den Kupferdrähten Hg-Kügelchen nachzuweisen.

In voller Uebereinstimmung hiermit fielen auch zwei Versuche in Fall VII, F., aus, wo auf den einen Oberschenkel 5 und auf den anderen 10 Einklatschungen gegeben und dann ein Wachstaffetverband angelegt worden war. Den 16./VI. war an keinem der Schenkel ein Hg-Pfröpfchen zu entdecken. Den 16./VI. wurde der rechte, den 17./VI. der linke Ober-

[1]) Spätere Versuche haben dasselbe Resultat ergeben.

schenkel umwickelt; an den Kupferdrähten keiner der auf den Schenkeln getragenen Schachteln war Hg nachzuweisen.

Auch wenn Hg im Anfange vermuthlich auch von dem Hg verdünstet, welches zwischen den Epidermiszellen remanirt, so ist es doch höchst wahrscheinlich, dass die geringe Verdünstung, die später geschieht, von dem Hg in den Follikelmündungen stattfindet.

Diese Untersuchungen zeigen uns ja unzweifelhaft, dass nach einer wirklichen Einreibungscur Quecksilber ziemlich lange in den Drüsenmündungen, namentlich da, wo dieselben, wie an den Unterschenkeln in meinen beiden Fällen, gross sind, liegen bleibt, sowie auch, dass Hg, wenigstens von diesen Pfropfen und anfangs wahrscheinlich auch von dem Hg, das zwischen den Epidermiszellen remanirt, wirklich verdünsten kann. Es finden sich also auch bei der Einreibungscur remanirende Hg-Depots. Aber können wir ihnen eine wirkliche Bedeutung in therapeutischer, prophylaktischer Hinsicht zuschreiben? Ich weiss nicht, wie empfindlich die von mir angewendete Probe mit den Schachteln ist, auch sind die Versuche, welche ich ausgeführt, nicht zahlreich genug, um sichere Schlüsse zu gestatten. Aber stelle ich das Ergebniss dieser Untersuchungen mit der Erfahrung zusammen, die ich bezüglich der Remanenz des Quecksilbers bei Anwendung der Einreibungscur (+ Ueberstreichung), wo dieselbe sich nicht grösser und länger andauernd als bei der Anwendung der Hg-Säckchen gezeigt hat, habe, so scheint es mir nicht unberechtigt zu sein, zu behaupten, dass sich nach den Einreibungen zwar kleine Hg-Depots in der Haut finden, von denen Hg verdünsten und dann vom Organismus absorbirt werden kann, dass diese Verdünstung unter gewöhnlichen Verhältnissen aber so gering ist, dass sie nicht gern eine praktische Bedeutung haben kann. Aber auch wenn wir ihr eine etwas grössere Bedeutung zuschreiben wollten, als wir ihr, wie ich meine, zuschreiben können, so glaube ich doch, dass die Frage: kann der Vortheil, den diese geringe Menge remanirendes Quecksilber darbietet, so gross sein, dass er vollen Ersatz für die mit der Einreibungscur verbundenen Unannehmlichkeiten liefert, mit nein beantwortet werden muss.

Zuletzt will ich hervorheben, dass man diese Hg-Säckchenmethode natürlicherweise nach Belieben modificiren kann, je nachdem man eine sehr kräftige, oder eine weniger kräftige Absorption von Hg wünscht u. s. w. Nicht bloss die Menge und die Stärke der Hg-Salbe, sondern auch die Grösse der Säckchen, die Zahl der Stunden, die sie täglich getragen werden, die Zahl der Tage, die sie zur Anwendung kommen u. s. w. haben offenbar Einfluss auf die Grösse der Hg-Absorption, und man kann ja, wie ich bereits 1897 hervorgehoben habe, leicht Wechselungen in der Anwendungsweise der Methode eintreten lassen, je nachdem man ein kleines, zartes Kind oder einen grossen, „intelligenten, breit gebauten" Mann zu behandeln, sehr schwere oder gelindere Symptome zu bekämpfen hat u. s. w. Dieses gilt natürlicherweise auch vom Mercuriolsäckchen und der Mercolintschürze.

Ich schloss meinen vorigen Aufsatz mit der Erklärung, dass es mir gleichgültig sei, ob meine Hg-Säckchenmethode, das Mercuriol, das Mercolint oder eine andere Methode als am zweckmässigsten befunden wird, „denn die Absicht bei meiner Arbeit ist hier, wie überall, nur die gewesen, einen Anstoss zu fortgesetzter Forschung zu geben, die uns sowohl neues Wissen schaffen, wie auch von praktischem Nutzen sein könnte." Dieses ist auch hier der Fall gewesen, und indem ich die Hoffnung ausspreche, dass diese meine unbedeutenden Untersuchungen Anstoss zu weiteren Forschungen geben werden, will ich erklären, dass ich mich den Herren Schuster und Gschwend für ihre Aufsätze zu Dank verpflichtet fühle, da dieselben der Anlass zu diesen Untersuchungen gewesen sind, welche mir zwar gezeigt haben, dass die Erklärung, die ich bezüglich des Weges der Absorption des Quecksilbers bei Anwendung der Hg-Säckchenmethode acceptirt habe, nicht ganz richtig war, welche aber doch die Richtigkeit meiner auf frühere Untersuchungen gegründeten Ansicht bestätigt haben, dass sich bei der Behandlung mit Hg-Säckchen nicht nur eine schnelle und kräftige Absorption, sondern auch eine kräftige und lange andauernde Remanenz des Quecksilbers im Organismus findet, daher diese Methode in der von mir angegebenen Form mit Recht als eine kräftige Hg-Behandlungsmethode bezeichnet werden kann.



Aus der Kinderklinik der deutschen Universität an der Landes-Findelanstalt in Prag.

Favus bei Neugeborenen.

Von

Dr. med. **Felix Schleissner,**
Secundararzt.

Wiewohl der Favus zu den am besten gekannten und genau untersuchten Hautkrankheiten gehört, hatte man bisher nur selten Gelegenheit — von Impfversuchen abgesehen — den Beginn der Erkrankung zu beobachten. Viele Autoren erklären, dass das jugendliche Alter für den Favus zumeist disponirt ist, doch verlegen sie seine häufigste Entstehung zwischen das 3. und 6. Lebensjahr. Um so interessanter war es uns, die Affection kurz nach einander bei 2 Neugeborenen auftreten zu sehen. In der Literatur fand ich nur zwei Fälle der Krankheit in diesem Alter beschrieben, (1, 2) woraus ein Schluss auf die Seltenheit der Affection gestattet ist.

Am 26. Februar 1900 trat aus der Prager Gebäranstalt in die Findelanstalt die 21jährige erstgebärende S. M. mit ihrem 9 Tage alten Kinde ein. Bei der ersten Untersuchung der Mutter fand man mittleren Ernährungszustand, an den allgemeinen Hautdecken bis auf Comedonen und Acne nichts besonderes. Die Kopfhaare wimmelten von lebenden Pediculis und waren mit zahlreichen Nissen besetzt, am Haarboden gelbe und braune Krusten sichtbar.

Anamnestisch gab Pat. an, in ihrem 8. Lebensjahr vom Fenster eines 1. Stockwerkes auf die Strasse gefallen zu sein; sie blutete damals stark aus Wunden am Hinterhaupte und musste einige Zeit das Bett hüten. Kurz nach dem Unfalle fielen angeblich die Haare am Hinterhaupte rasch aus und wuchsen nur spärlich nach. Sonst war Pat. angeblich niemals krank. In ärztlicher Behandlung stand sie vor ihrem Eintritte in die Gebäranstalt niemals.



Das Kind, S. R., Z.-Nr. 9421, geb. am 17./II., aufgenommen am 26./II. 1900, war mittelkräftig, Initialgewicht 3200, Gewicht am 9. Lebenstage 2970. Der Nabelstrangrest noch adhärent, die Stühle dyspeptisch.

An der linken Wange zeigten sich unterhalb der Jochbeingegend drei etwa linsengrosse, über das Niveau der umgebenden Haut nur wenig elevirte Flecke, die anfangs den Erythemen nach Wanzenbissen glichen. Dieselben bestanden auch am nächsten Tage ohne wesentliche Veränderung und zeigten nur etwas stärkere Infiltration. Am 3. Tage traten ähnliche Efflorescenzen an der rechten Wange auf. Die älteren Herde waren inzwischen ungefähr einhellerstückgross geworden; in ihrer Mitte bildeten sich kleine, gelbe, herpesähnliche, miliare und submiliare Knötchen und gelbliche Bläschen, die rasch zerfielen, worauf an ihrer Stelle im Centrum der Efflorescenzen kleinstlamellige Schuppung eintrat.

Die herdförmig fortschreitende Ausbreitung einer Hautaffection im Gesichte des Kindes, sowie das gleichzeitige Bestehen einer Kopfhautaffection bei der Mutter liessen uns jetzt an eine Affection mycotischen Ursprungs denken. Bei einer genauen Untersuchung der letzteren, die erst jetzt, nach einer gründlichen Reinigung der Haare von Ungeziefer und Schmutz möglich war, wurde folgender Befund aufgenommen:

Die Kopfhaut am Hinterhaupte in zwei ungefähr handtellergrossen Bezirken, die durch eine fast normale Hautbrücke von einander getrennt sind, geröthet, von schmutzigen, grauweissen, festhaftenden Borken bedeckt, die an ihrer Unterseite hie und da, entsprechend den Haarfollikelmündungen, kleine, brodlaibartig geformte, schwefelgelbe Schildchen erkennen lassen. Die Haare selbst im Bereiche der erkrankten Partie sehr schütter, kurz, wie abgebrochen, eigenthümlich matt, grauschwarz. Der Haarboden riecht etwas muffig, schimmlig.

Wir stellten somit bei der Mutter die Diagnose Favus scutularis capillitii. Bei der sofort in Kalilauge vorgenommenen Untersuchung der Schuppen zeigten sich dieselben von Pilzfäden durchzogen.

Auch von dem Kinde wurden Schuppen frisch untersucht, in denselben fanden sich dieselben Pilze, wie bei der Mutter, lange Fäden, septirte Mycelien und relativ spärliche Conidien, zum Theile perlenschnurartig aneinandergereiht.

Wir konnten somit auch bei dem Kinde auf Grund dieses bakteriologischen Befundes die Diagnose Favus stellen.

In rascher Folge entwickelten sich nun am Kinde die weiteren Erscheinungen. Neue, sehr flache, blassroth gefärbte Herde entstanden in den nächsten Tagen im Bereiche des behaarten Kopfes, ohne dass anfangs eine bestimmte Localisation an die Haare nachweisbar gewesen wäre.

Die Affection an den Wangen wuchs, so dass die linke Wange fast ganz eingenommen wurde von mehreren confluirten kreuzergrossen,



peripher gerötheten, central etwas blasseren und feinschuppenden Herden, die peripherwärts fortschritten.

Auch an den Ohren zeigten sich Reizerscheinungen. Röthung, Imbibition, Schuppung. Aehnliche Erscheinungen, die wir nun als Favus deuten konnten, entstanden auch an Brust und Rücken, blieben jedoch unter 5% Salicylseifenpflaster stationär oder bildeten sich zurück, während an den unbehandelten Partien die Krankheit progressiven Charakter zeigte.

Bis jetzt war der Beweis, dass es sich um Favus handle, nur mikroskopisch erbracht, doch liessen uns die weiteren Symptome auch klinisch die Krankheit als Favus ansprechen. Seit dem 4. März, dem 15. Lebenstage und ca. 7. Krankheitstage fanden sich auf der Kopfhaut und in dieselbe eingelagert kleine, schwefelgelbe, mohnkorn- bis stecknadelkopfgrosse Auflagerungen, die von einem Haar durchbohrt waren. Nach Ablösung mittelst Sonde erwiesen sie sich als Scutula.

Die Scutulabildung schritt rasch fort, am 18. Lebenstage fanden sich an der Kopfhaut mehrere zusammenhängende, bienenwabenartig angeordnete, mörtelähnliche, etwas trockenbrocklige Scutularverbände, die sich leicht in toto mit den sie durchsetzenden Haaren abheben liessen. Gleichzeitig entstanden auf der Höhe beider Ohrmuscheln disseminirte, punktförmige Scutula.

Nun wurde (am 11./III.) mit der Behandlung begonnen; die erkrankten Partien an wenig behaarter Haut wurden mit 5% Salicylseifenpflaster bedeckt, auf den behaarten Kopf kam eine mit 2% Salicylöl getränkte Kappe, unter der sich Schuppen und Scutula rasch ablösten. Nach 14tägiger Behandlung schien die Affection bis auf leichte Schuppung am Scheitel völlig abgeheilt, so dass wir mit der Therapie aussetzten. Am 2./IV. zeigten sich an Stirne und Kinn abermals kleine Knötchen, die jedoch unter Salicylseifenpflaster in 3 Tagen verschwanden.

Die Schuppung am Scheitel blieb andauernd und als die Mutter über ihren Wunsch am 30./IV. mit dem Kinde entlassen wurde, konnten wir in den dünnen, leicht abhebbaren Schuppen noch Pilzelemente durch Färbung nachweisen.

Das Kind war sofort, nachdem wir die Diagnose „Favus" gestellt hatten, isolirt worden, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern; trotzdem fanden wir am 6./III. bei dem Kinde H. A., Z.-N. 9439, 15 Tage alt, 2600 Gr. schwer, am rechten Stirnbeinhöcker eine ungefähr bohnengrosse, ovale Efflorescenz mit erhabenem Rande, deren Mitte kleine, hirsekorngrosse Knötchen und feine Schuppen bildeten. Der einmal wachgerufene Verdacht veranlasste uns, noch bevor wir eruirt hatten, dass beide Kinder wegen Ueberfüllung der Anstalt einen Tag lang (am 28. Februar) im selben Bettchen gelegen hatten, zu einer mikroskopischen Untersuchung der Schuppen, in denen sich dieselben Pilzfäden und Conidien vorfanden. Die Efflorescenz wurde mit Salicylseifenpflaster bedeckt und verschwand in 2 Tagen, ohne dass sonstige Erscheinungen aufgetreten wären. Die Mutter dieses letzteren Kindes blieb völlig frei. Leider war eine weitere Beobachtung des Kindes nicht

möglich, da dasselbe aus Gründen administrativer Natur am 8./III. entlassen werden musste.

Der erste Fall war zu wiederholten malen mikroskopisch und bakteriologisch untersucht worden; die nach Waelsch (3) gefärbten Schuppen-Präparate boten stets dasselbe Bild reichlicher Pilzvegetationen, wobei besonders die Schuppen des Kindes, die dünner und dem electiven Färbeverfahren daher leichter zugänglich waren, schönere Bilder darboten als die der Mutter, die zuweilen 14—16 Stunden zur Entfärbung bedurften.

Auch an den Haaren des Kindes fanden sich zahlreiche Pilze. besonders den Infundibulis entsprechend. An einigen Haaren umgaben sie den Schaft in einem zierlichen Netzwerk, das sich bis in die Nähe des Bulbus erstreckte. Die Reinculturen des Pilzes, die nach der Kral'schen Isolirungsmethode (4) hergestellt worden waren, boten von Mutter und Kind dieselben Bilder. In den ersten Culturen schien der Pilz des Kindes etwas lebhaftere Wachsthumsenergie zu besitzen, in den späteren Generationen war gar kein Unterschied bemerkbar. Es bildeten sich stets auf Agar ca. 20 Mm. im Diameter haltende graugelbliche Rasen, deren Peripherie moosartige Emissionen zeigte und deren im Anfange weisse Unterfläche nach 3—4 Wochen einen gelblichen bis schmutzigbraunen Farbenton annahm. Unterschiede ergaben sich nur in der bald stärkeren, bald spärlicheren Bildung von Luftmycelien, doch sind diese Differenzen der Wachsthumsformen durch den stets beobachteten „culturellen Pleomorphismus" hinreichend erklärt.

Von klinischem Interesse war bei dem Falle die hohe Disposition der Kinder für die Erkrankung. Während bei der Mutter die Affection durch 13 Jahre auf die Kopfhaut localisirt blieb, ohne anderweitig auf die übrige Hautdecke überzugehen, wurden bei dem Kinde binnen 8 Tagen das ganze Gesicht, die Ohren, der Hals und schliesslich auch der Rumpf ergriffen.

Bei dem anderen Kinde genügte zur Infection schon ein kurzes Beisammensein, während wir wissen, dass erwachsene Favuskranke jahrelang an der Affection leiden können, ohne

dass die Familienmitglieder, mit denen sie gemeinsam leben, von der Krankheit befallen werden. Vielleicht hat diese erhöhte Disposition der Neugeborenen ihren Grund in jenen Reizzuständen der Haut, die sich auch durch die rothe Hautfarbe und die physiologische Desquamation documentiren.

Wir hatten Gelegenheit, in beiden Fällen den Beginn der Erkrankung zu beobachten und zu constatiren, dass sich hiebei das Bild bot, das Pick (5) als Favus maculosus bezeichnete. An den Wangen war das „herpetische Vorstadium" Köbner's ganz deutlich ausgesprochen. Wir beobachteten hiebei, dass derselbe Pilz, der bei der Mutter die chronische Form des Favus scutularis erzeugte, beim Kinde am unbehaarten Theile des Kopfes starke Entzündungserscheinungen hervorrief. Es kann kein Zweifel sein, dass der Unterschied in den Krankheitsformen nicht durch verschiedene Pilze hervorgerufen wurde, sondern durch die verschiedene Localisation der ergriffenen Partien.

Bestimmte Angaben verdanken wir den beiden Fällen auch über die Incubationsdauer des Favus, die im ersten Falle längstens 8 Tage, im zweiten Falle 6 Tage betrug, Daten, die in den Angaben über künstliche Inoculation des Favus ihre Bestätigung finden.

Zum Schlusse fühle ich mich verpflichtet, meinem verehrten Chef, Herrn Professor Epstein, für die Anregung zu dieser Mittheilung meinen besten Dank auszusprechen.



Literatur.

1. Desmet. Favus bei einem 14 Tage alten Kinde. Journal de Médecine de Paris, ref. im Jahrbuch für Kinderheilkunde. XXI. pag. 144.

2. Augier. Favus bei einem 6 Wochen alten Kinde. Journal de Médecine de Paris. 4. Aug. 1889. Ref. im Jahrb. f. Kinderheilk. XXI. p. 144.

3. Waelsch. Zur Anatomie des Favus. Prager medic. Wochenschrift. 1895.

4. Kral. Untersuchungen über Favus. Ergänzungsheft z. Archiv für Dermat. u. Syph. 1891. pag. 83.

5. Pick. Untersuchungen über Favus. Ergänzungsheft z. Archiv für Dermat. u. Syph. 1891. pap. 65.

Aus der Abtheilung für Hautkranke des städt. Krankenhauses zu Dortmund.

Ueber einen eigenthümlichen Fall von Dermographismus.

(Urticaria chronica, factitia, haemorrhagica.)

Von

Dr. med. **J. Fabry,**
Oberarzt.

In seiner vorzüglichen Monographie „über Dermographismus" sagt Barthelémy mit Recht: „tous les urticariens vrais ne sont pas dermographiques, tous les dermographiques sont loins d'être urticariens." Unter diesem Gesichtspunkte sei die Krankengeschichte eines, wie wir glauben, ungewöhnlichen Falles von Urticaria factitia mitgetheilt; die Diagnose bezüglich der Hautsymptome konnte nach unserem Dafürhalten nicht anders lauten, wenngleich, wie von vornherein bemerkt werden soll, die Hauterkrankung wahrscheinlich das Symptom einer schweren Allgemeinerkrankung war; somit dürfte der Fall auch gleichzeitig einen Beitrag darstellen zu dem Capitel der Beziehungen der Hautkrankheiten zu Allgemeinerkrankungen. Was die Bezeichnung Dermographismus anlangt, muss Kaposi vollkommen beigepflichtet werden, der sagt: „Es war ganz unnöthig, mit der femme autographique von Dujurdin-Beaumetz ein solches Aufsehen zu machen, als wäre dies etwas ganz Unerhörtes und den Ausdruck „Dermographismus" in die Dermatopathologie einzuführen, als bezeichnete dies eine besondere Krankheit." Damit bleibt ja bestehen die Trennung zwischen Urticaria spontanea und factitia; zu letzterer möchten wir also den von uns beobachteten Fall rechnen.



Den Fall beobachteten wegen der Seltenheit der Hautsymptome und wegen der Eigenthümlichkeit des gesammten Krankheitsbildes gleichzeitig mit mir eine Reihe Bochumer Collegen; die später aufgenommenen anamnestischen Daten verdanke ich einem derselben, dem Collegen Dr. Lind in Bochum.

Krankenbericht.

Anna Reinhard, geb. den 16./II. 1835 in der Nähe von Eisenach. Die Eltern und Geschwister der Patientin haben keine Hautausschläge gehabt, waren alle gesund; sie selbst war immer gesund, that schwere Arbeit auf dem Lande und beim Vieh, heiratete im Alter von 25 Jahren anno 1860. Da die Patientin im Jahre 1898 starb, so war sie also 38 Jahre verheiratet. Auch in der Ehe war sie von guter Gesundheit, hat nur einmal eine leichte Lungenentzündung durchgemacht. Patientin hat 7 ausgetragene Kinder geboren, von denen noch 4 leben, hat niemals abortirt; zwei Kinder starben im frühesten Kindesalter; woran sie starben, ist nicht zu erfahren; ein Kind starb mit 17 Jahren an Pleuritis nach 17tägiger Krankheit. Für Tuberculose ergibt die Anamnese nicht die geringsten Anhaltspunkte, auch Lues ist vollständig auszuschliessen. Der Mann der Pat. ist Bergmann und lebt trotz der grösseren Kinderzahl in durchaus geordneten Verhältnissen; Nahrungssorgen waren in der Familie nicht vorhanden, auch war die Lebensweise der Familie nicht von der gewöhnlichen abweichend und bestand die Nahrung vorwiegend in gekochtem, weniger in gesalzenem Fleisch. Scorbut war überhaupt in der Gegend nicht beobachtet.

Die Hauterkrankung begann bei Pat. Mitte des Jahres 1895, also stand die Pat. im Alter von 60½ Jahren. Das erste, was beobachtet wurde, waren Sugillationen in den oberen Augenlidern, die mit Dauer von 14 Tagen bald kamen, bald schwanden, ohne besondere Beschwerden zu machen; dann stellte sich Jucken am Halse und auf der Brust ein, was Pat. zu kratzen veranlasste; die Folge des Kratzens war, dass blutige, lange Zeit wochenlang bestehen bleibende Striemen entstanden; diese Striemen verschwanden ganz allmälig unter Bildung der bekannten Farbenscala, wie sie bei Hautblutungen beobachtet wird.

Schleimhautblutungen aus den Respirationsorganen oder dem Verdauungstractus, endlich aus den Harnwegen sind bei Pat. während der ganzen Dauer der Erkrankung nicht beobachtet worden.

Die Hauterscheinungen nahmen mit der Zeit immer zu, alte Flecken verschwanden, neue traten hinzu.

Fast genau 1 Jahr vor dem Tode der Patientin trat ein ganz kolossales Oedem der Zunge ein, das sich nicht wieder zurückbildete, im Gegentheil allmälig immer voluminöser wurde; durch den damit verbunden vermehrten Speichelfluss und die sehr erschwerte Nahrungs-



aufnahme machte dasselbe der Patientin sehr viele Beschwerden; wir kommen darauf bei Wiedergabe des objectiven Befundes eingehender zurück. Die Pat. starb, 68 Jahre alt, an Schwäche; das Sensorium war bis kurz vor dem Exitus vollständig frei.

Der zuerst behandelnde Arzt musste sich, als er die Pat. zum ersten Male untersuchte, sagen, dass er ein gleiches oder auch nur ähnliches Krankheitsbild noch nicht gesehen hatte; damals waren also die Erscheinungen auf der Haut das auffallendste Symptom, während an der Zunge das Oedem sich noch nicht entwickelt hatte; es kann daher gar nicht Wunder nehmen, dass zu einer Zeit, wo die Lepra so ausserordentlich viel, durch die Memeler Fälle veranlasst, von sich reden machte, von zuerst den Fall beobachtenden Aerzten an letztere Erkrankung gedacht wurde. Warum sollte sich bei der Arbeiterbevölkerung des hiesigen Industriebezirkes, die sich zum grossen Theil durch Zuwachs aus den östlichen Provinzen recrutirt, nicht auch Fälle von Lepra einschleppen? Allerdings fehlt es bis heute noch an der ersten Beobachtung, aber mit der Möglichkeit hat man immer zu rechnen.

Alle therapeutischen Massnahmen blieben ohne den geringsten Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung.

Verfasser hatte etwa 1/2 Jahr vor Eintritt des Exitus letalis Gelegenheit Patientin zu untersuchen und muss gleichfalls gestehen, dass er ein derartiges Krankheitsbild noch nicht beobachtet hatte. Die Pat. lag zu Bett und war bereits recht elend und abgemagert. Die auffallendste Erscheinung, die dem Aussehen der Pat. geradezu etwas Schreckhaftes gab, war das kolossale Oedem der Zunge; das Volumen der Zunge war mindestens um das Fünffache vergrössert und hing dieselbe weit am Munde heraus; es erinnerte der Mund, man möge den Ausdruck verzeihen, an die spitz zulaufende „Schweineschnauze; die arme Pat. war nicht in der Lage, die vergrösserte Zunge auch nur für kurze Zeit in die Mundhöhle zurückzubringen und litt natürlich durch den vermehrten Speichelfluss und überhaupt durch den unerträglichen Zustand entsetzlich. Die Vergrösserung der Zunge war derart, dass die längliche Form der Zunge beibehalten war, die Zunge war in toto vergrössert, keine Lappenbildung abgesehen von den





Stellen, wo die Zähne mechanisch Einkniffe gemacht hatten; die Oberfläche war sonst ganz normal, nirgends waren Erosionen vorhanden, ebenso im Gewebe keine Blutungen in Gestalt von Petechien oder grösseren Blutherden. Die Consistenz war teigig, Druck absolut nicht schmerzhaft. Submaxillare Drüsen nicht geschwollen. Auch von anderer Seite wurde Pat. wie von uns vorgeschlagen, den qualvollen Zustand durch Vornahme einer Keilexcision erträglicher gestalten zu lassen, jedoch war Pat. nicht dazu zu bewegen.

Als Pat. bei weiterer Untersuchung nun die Brust und den Rücken frei machte, fielen auf der Schulter beiderseits unregelmässige, tiefdunkelpurpurrothe Striemen auf; ebenso an der Brust, in der Bauch- und Rückengegend ganz unregelmässig gestaltete Flecken, die frischeren von tief dunkelrother Farbe, andere in den bekannten Differenzen der Blutextravasate bis zum Grünlichen und Gelblichen. Pat. trug über den Schultern zum Halten des Unterrocks eine Art Träger, und es war unverkennbar, dass der leichte Druck derselben das Exanthem hervorgerufen hatte; dieser Umstand liess uns natürlich vermuthen, dass es sich um ein artificielles traumatisches Exanthem handle; diese Vermuthung wurde sofort bestätigt, indem es gelang durch Ueberstreichen mit einem stumpfen Gegenstand, beliebige Figuren auf dem Rücken sowie am ganzen Körper hervorzurufen; also die bekannte Urticaria factitia oder der Dermographismus lag vor. Aber es war nicht die gewöhnlich beobachtete Form. Der Umstand, dass mit der gewöhnlichen Leisten- oder Quaddelbildung sogleich Blutungen eintraten, gab dem Hautphänomen ein Gepräge, das den Fall entschieden bemerkenswerth macht. Während die quaddelartigen Erhebungen über das Niveau verhältnissmässig bald zurückgingen, schon nach Minuten, blieben die purpurrothen Streifen bestehen, nach Angabe der Patientin, der Angehörigen und der mit beobachtenden Collegen wochenlang, um ganz allmälig im Kreislauf der bekannten Regenbogenfarben innerhalb 2—4 Wochen ungefähr zu verschwinden, ohne Pigmentirungen zu hinterlassen, wie etwa bei der Urti-

caria pigmentosa.[1]) Es sind also bei der Patientin spontan keine Flecken aufgetreten, sondern sie wurden ausgelöst durch Traumen; allerdings genügte schon der einfache leichte Druck der Kleidung oder aber Kratzen.

Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane liess nichts Abnormes nachweisen; ausser hochgradiger Anämie fand sich nichts; die Untersuchung des Blutes auf zellige Bestandtheile scheiterte gleichfalls an dem Widerstande der Pat., die wohl zur Einsicht gekommen war, dass ärztliche Kunst ihr nicht zu helfen in der Lage war.

Geistig machte Pat. einen vollständig normalen Eindruck, ebenso fand sich keine Abnormität des Nervensystems; mässige multiple, indolente Schwellung der Leisten-, Axillar- und Nackendrüsen.

Leider war es auch nicht möglich Patientin zu bestimmen, sich ein Stückchen Haut zur histologischen Untersuchung excidiren zu lassen; das hätte theoretisch gewiss grosses Interesse gehabt, insofern, als sich vielleicht Veränderungen an den Gefässen hätten nachweisen lassen; praktisch kann nichtsdestoweniger nicht im Geringsten daran gezweifelt werden, dass durch das Streichen mit einem stumpfen Gegenstand, nicht nur auf der Haut die Quaddelbildung, sondern auch die Blutaustritte in die Haut hervorgerufen wurden. Somit konnte die Diagnose in der That nur lauten: Urticaria chronica, factitia, haemorrhagica.

Dass es in der That eine Urticaria war, dafür spricht der Umstand, dass die Primärefflorescenzen echte Quaddelbildungen sind mit der bekannten weissen Porzellanfarbe auf der Höhe des Niveaus. Da der Krankheitsprocess sich über fast 3 Jahre hinerstreckte und von Anfang an bis zum Eintritt des Todes die Hauterscheinungen dieselben blieben, so kann man

---

[1]) Bekanntlich sind von Pick und mir auch bei der Urticaria pigmentosa xanthelasmoides Haemorrhagien nachgewiesen worden, während sich in allen anderen Fällen der Mastzellentumor Unna's fand; eine jüngst aus der Kaposi'schen Klinik erschienene Arbeit über Urticaria pigmentosa macht daher mit Recht den Vorschlag, die beiden Fälle mit Haemorrhagien abgesondert zu lassen. (Kreibich, Ueber Urticaria chronica, Arch. f. Dermat. Bd. XLVIII, 163.)

füglich von einer chronischen Form der Erkrankung sprechen. Spontan sind während der ganzen Dauer des Krankheitsverlaufes Efflorescenzen nicht aufgetreten, sondern bei allen lässt sich als Ursache ein Trauma nachweisen, allerdings genügte schon der einfache Druck der Kleidung; auf der anderen Seite war es jederzeit möglich, an jeder beliebigen Körperstelle beliebige Figuren zu beschreiben. Diese Eigenthümlichkeit hatte auch die Haut an den Fusssohlen und den Volarflächen der Hände. Geschickt oder sagen wir raffinirt ausgenützt, hätte der Fall wohl in andern Gegenden als Stigmatisation Aufsehen erregen können, hierzulande fehlt für den Wunderglauben der Nährboden. Uebrigens fand ein Transsudiren von Blut oder blutig gefärbter Flüssigkeit an den gereizten Stellen nicht statt. Dass der Zusatz „haemorrhagica“ trotz Fehlens mikroskopischer Untersuchungen ein wohlbegründeter ist, kann auch wohl kaum angezweifelt werden; wir verweisen nochmals auf die im Krankenbericht erzählten Thatsachen, vor allem darauf, dass die Quaddelerhebungen sich nach einigen Minuten zurückbildeten, während im Bereich derselben die purpurrothen Streifen persistent blieben und sich im Verlauf von Wochen unter den Farbenerscheinungen, wie sie bei traumatischen Hämorrhagien, beispielsweise bei der bekannten „Blutbeule“ beobachtet werden, zurückbildeten. Für uns ist es auch wahrscheinlicher, dass so starke Blutungen nicht per diapedesin sondern per rhexin in Folge Brüchigkeit der kleinsten Gefässe der Cutis und Subcutis entstanden sind. Nach Unna's Ermittelungen zeigt sich bei der gewöhnlichen Urticaria factitia ein in allen seinen Theilen hyperplastischer Gefässbaum; wir müssen demnach für unseren Krankheitsfall einen gesteigerten Process an den kleinsten Gefässen annehmen, der zu einer abnormen Brüchigkeit derselben geführt hat.

War die Urticaria eine genuine oder das Symptom einer Allgemeinerkrankung? Die Anamnese und der Krankheitsverlauf hat zwar ausser der hochgradigen Anämie keine Anhaltspunkte gegeben; zwar hat Pat. eine leichte Lungenentzündung gehabt und ein Kind ist an Pleuritis gestorben, aber im Uebrigen lässt die Anamnese auf Tuberculose vollständig im Stich; nichtsdestoweniger möchten wir also zu der Annahme hinneigen,

dass eine schwere Allgemeinerkrankung vorgelegen hat schon in der einfachen Erwägung, dass die Urticaria eigentlich niemals eine üble Prognose hat. Die Primärsymptome waren so charakteristisch, dass darnach dem Falle eine andere Deutung wie Urticaria nicht gegeben werden konnte; differentiell diagnostisch musste in erster Linie an Purpura haemorrhagica gedacht werden. Die Schwellungen der oberen Lider zu Beginn der Erkrankung waren wahrscheinlich gleichfalls hämorrhagischer Natur; das später auftretende hochgradige stabile Oedem der Zunge ist gewiss eine sehr merkwürdige Erscheinung, kann aber an der Diagnose Urticaria nichts ändern. Es braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden, dass gerade die ungeheure Volumszunahme der Zunge durch Behinderung der Nahrungsaufnahme mit ein wesentliches Moment war für das Eintreten des Exitus letalis in Folge von Entkräftung. Section ist nicht bewilligt worden.

Literatur.

1. Dujardin Beaumetz, La femme autographique. Annales de Derm. 1880.

2. Caspary, Archiv für Derm. 1882. pag. 719.

3. Michelson, Ueber Urticaria factitia etc. Berliner Klinische Wochenschrift 1884. Nr. 7. u. 8.

4. Unna, Beiträge zur Anatomie der Urticaria simplex und pigmentosa, Monatshefte, Ergänzungsheft 3, 1877.

5. Barthelémy, Du Dermographisme. II. internationaler derm. Congress Wien 1892. In dieser Abhandlung findet sich die ausführliche Literatur. Benutzte Lehrbücher: 1. Simon, Lehrb. der Hautkrankheit. Berlin, 1851. 2. Hebra und Kaposi, Lehrb. der Hautkrankh., Erlangen, 1874. 3. Neumann, Lehrb. der Hautkrankheit., Wien, 1876. 4. Josef, Lehrb. der Hautkrankheit., Leipzig, 1892. 5. Unna, Histopathologie, Berlin, 1894. 6. Kromayer, Allgemeine Dermatologie, Berlin, 1896. 7. Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheit., Wien, 1899. 8. Jarisch, Lehrb. der Hautkrankheit., Wien, 1900.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

Sitzung vom 12. Juni 1900.

1. **Rosenthal** stellt unter der Diagnose Lues maligna ein junges Mädchen von 20 Jahren vor, welches er bereits im Jahre 1892 in der Berliner medicinischen Gesellschaft als Lues vaccinatoria gezeigt hat. Die Patientin war damals 12 Jahre alt und am 21. Juni 1891 revaccinirt worden. Im Anschluss daran traten Pusteln auf dem Arm und hinterher ein Exanthem auf, das längere Zeit unerkannt blieb. Im October 1891 sah R. die Patientin zum ersten Mal und constatirte ein papulo-pustulöses Syphilid, welches im Anschluss an die Vaccination aufgetreten war. Die Patientin wurde aber nicht specifisch behandelt. Ende Januar 1892 sah R. die Patientin wieder. Es hatte sich inzwischen eine Rupia syphilitica entwickelt. Ueberall bestanden Ulcerationen mit reichlichen Borken bedeckt; die Patientin war sehr heruntergekommen. Nach mercuriellen Einreibungen und Jodeisen erholte sich die Patientin und wurde als geheilt, mit zahlreichen Narben bedeckt, entlassen. Seit dieser Zeit hat R. die Patientin nicht wiedergesehen, aber es waren im Laufe der Jahre zahlreiche Recidive aufgetreten, besonders im Jahre 1892 bestand eine Erkrankung der Nase, welche zur Bildung einer Sattelnase führte. Durch Zufall wurde ihm die Patientin jetzt mit einer frischen Erkrankung wieder zugeschickt. Dieselbe klagte über intensiven Kopfschmerz in der linken Schläfengegend, sowie über sehr heftigen Ohrenschmerz. Zu gleicher Zeit war Schwerhörigkeit eingetreten. Da auch Fiebererscheinungen vorhanden waren, und Druck auf dem Proc. mastoideus sowie vor dem Ohr sehr schmerzhaft war, wurde ein namhafter Otiater zugezogen, welcher die Diagnose auf acuten eitrigen Mittelohrkatarrh stellte. Derselbe rieth zur Paracentese und ev. im Anschluss zur Perforation des Warzenfortsatzes. Da aber keine cerebralen Symptome vorhanden waren, so beschloss R. zu warten, leitete eine neue Inunctionscur ein und machte täglich eine Einspritzung von 10 Gr. Jodipin. Seit 12 Tagen, so lange ist Patientin in der Klinik, hat sich unter dieser Behandlung der Zustand bedeutend gebessert, so dass zu hoffen ist, dass



eine Operation nicht nöthig wird. R. macht darauf aufmerksam, dass neben der Sattelnase eine vollständige Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand vorhanden ist. Die Uvula fehlt, und an ihrer Stelle besteht eine kleine Communicationsöffnung zwischen dem hinteren Nasenrachenraum und der Mundhöhle. Ferner betont R., dass der Erfolg zeigt, dass selbst, wenn schwere Lueserscheinungen drohender Natur vorhanden sind, man unter Umständen ruhig abwarten kann, ehe man einen schweren Eingriff vornimmt, ob nicht unter specifischer Behandlung die Erscheinungen schwinden. Die Gehörsprüfung ergab bei der Aufnahme: rechts hört die Patientin die Flüsterstimme auf $3\frac{1}{2}$ Meter, links nur auf $\frac{1}{4}$ Meter. Das Ticken der Uhr wird nur bei Berührung der Ohrmuschel gehört. Die Knochenleitung ist nicht unterbrochen. (Demonstration von Photographien, die von der Patientin in verschiedensten Stadien ihres Leidens genommen sind.)

Jastrowitz frägt, ob sich die Gehörsfähigkeit seit Beginn der specifischen Cur gebessert hat.

Rosenthal verneint diese Frage. Bis jetzt hat die Patientin erst zwölfmal geschmiert und hat sechs Jodipineinspritzungen erhalten. Nur die subjectiven Symptome, Kopfschmerz und Schmerz in den Ohren, haben sich bedeutend gebessert. Das Fieber ist vollständig geschwunden.

Pincus frägt, ob Patientin Quecksilber bis jetzt gut vertragen hat.

Rosenthal erwidert, dass die Patientin sowohl die erste, als auch die jetzige Cur mit ausgezeichnetem Erfolg verträgt.

Pincus möchte statt der Bezeichnung „maligne Syphilis" den Ausdruck „schwere Syphilis" vorziehen, da zum Charakteristikum der malignen Lues die Eigenschaft gehört, dass Quecksilber und unter Umständen auch Jod schlecht vertragen werden.

Rosenthal lässt diese Unterscheidung nicht gelten. Unter maligner Lues versteht man Fälle, die sich durch schnelle Aufeinanderfolge schwerer Symptome und einen rapiden Verlauf auszeichnen. Die Bezeichnung wurde gewählt, weil von vorn herein ulceröse Processe auf der Haut aufgetreten und im Jahr darauf die Affection der Nase, sowie Zerstörung des weichen Gaumens hinzugetreten waren.

Lion a. G. berichtet, dass in der Breslauer Klinik eine grosse Anzahl von Fällen mit Jodipin behandelt worden sind und besonders sogenannte maligne Fälle ausgezeichnet auf dieses Mittel reagiren. Nach den dortigen Erfahrungen gilt das Jodipin als ein ausgezeichnetes Jodpräparat. Die von Kleinmüller empfohlene Anwendung hat den Vorzug, schmerzlos zu sein und keinerlei Infiltration zu bilden. Am 3. und 4. Tage ist bereits Jod im Urin nachgewiesen worden, und 63 Tage nach der letzten Einspritzung konnte dasselbe noch aufgefunden werden. Nachtheile wurden nicht beobachtet.

Lesser betont, dass Fälle von Lues maligna Quecksilber sogar sehr gut vertragen, wenn es richtig angewendet wird. Nach seinen Erfahrungen, die von Anderen, so von Fournier unterstützt werden, sind



Calomelinjectionen eine geradezu specifische Methode für Lues maligna, während Schmiercuren in diesen Fällen oft nutzlos sind.

Rosenthal hat bisher in einer nicht sehr grossen Anzahl von Fällen, darunter aber schwerer, Jodipin angewendet und schliesst sich den Ausführungen von Lion, betreffend die Schmerzlosigkeit und den Mangel der Infiltration an. Nur in einem einzigen Falle wurde vielleicht Jodismus gesehen, der in einem starken Schnupfen bestand. In neuerer Zeit wird sogar ein 29% Präparat von Merk dargestellt, während stärkere Concentrationen bisher noch nicht zu erzielen waren. Auch er glaubt, dass das Jodipin in der Syphilistherapie eine ganz besondere Stellung erhalten und behaupten wird.

2. **Rosenthal** stellt einen 27jährigen Schmied vor. Derselbe stammt aus gesunder Familie und war als Kind niemals krank, besonders hat derselbe nie Scharlach, Masern, Diphtherie oder Gelenkrheumatismus durchgemacht. Er ist in seinem schweren Berufe seit seinem 14. Lebensjahre thätig und hat nie Herzbeschwerden gehabt. Im Jahre 1895 hatte er die erste Gonorrhoe, auch zog er sich in demselben Jahre Lues zu. Er machte eine Spritz- und Inunctionscur durch. Seitdem war er frei von irgend welchen Erscheinungen. Im Jahre 1897 hatte er eine Pneumonie, und im Anfang März dieses Jahres einen Furunkel am Arm. Am 29. März wurde er in die Klinik aufgenommen mit der Angabe, dass er vor 4 Wochen den letzten Coitus ausgeübt, aber erst fünf Tage vor der Aufnahme Ausfluss bemerkt habe. Seit 3 Tagen klagte er über Schmerzen im linken Hoden. Die Untersuchung ergab ein sehr geringfügiges Secret aus der Urethra, sowie eine starke linksseitige Epididymitis und Funiculitis. Im allgemeinen war Patient schwach und hinfällig. Die Abendtemperatur stieg bis 38·8°, der Puls war regelmässig. Am 5. April trat eine Cystitis auf: starke Schmerzen beim Uriniren, häufiger Drang und Trübung des Urins auch in der zweiten Portion. Später kam Harnverhaltung hinzu. Vom 9. April an musste die Blase mehrmals mittelst Nélatonkatheters entleert werden. An demselben Tage wurde aber bereits ein Prostatitis constatirt, die Drüse war geschwollen, schmerzhaft und in der Mitte war eine deutlich erweichte Stelle zu fühlen. Man wartete mehrere Tage ab, ob sich der Abscess in die Urethra entleeren würde. Das Allgemeinbefinden wurde aber schlechter, der Patient schlaflos, und in Folge dessen sollte sechs Tage darauf die Operation vorgenommen werden. Zwei Tage vor derselben wurde auch eine erweichte Stelle an der Epididymis wahrgenommen, so dass auch hier ein Abscess bestand. Während der Entleerung des Rectum, welche zur Vorbereitung der Operation vorgenommen wurde, öffnete sich der Prostataabscess nach dem Rectum zu. Vor Einleitung der Narcose wurde das Herz untersucht und man fand absolut normale Herztöne. Die Operation bestand in der Spaltung des Abscesses, Ausräumung mit scharfem Löffel und nachfolgender Tamponade mit Jodoformgaze. Auch der Abscess der Epididymis wurde geöffnet. Da die Tunica dartos im weiten Umkreise unterminirt war, musste eine Gegenöffnung gemacht



werden. Der Eiter wurde auf Gonococcen untersucht, und fanden sich in demselben mikroskopisch sowie vor allem in den Culturpräparaten auf Serumagar deutlich Gonococcen. Nach der Operation war der Patient mehrere Tage absolut fieberfrei, die Kräfte nahmen zu, der Schlaf stellte sich ein. Am 22. April klagte Patient zum ersten Mal über starke Schmerzen im linken Hypogastrium und über einen Anfall von Herzklopfen, das in der Nacht aufgetreten war. Der Patient sah etwas cyanotisch aus, der Puls regelmässig, an der Herzspitze war der erste Ton undeutlich und von einem hauchenden Geräusch begleitet. Die Erscheinungen nahmen in den nächsten Tagen zu. Die Temperatur stieg Abends und auch Morgens waren Steigerungen bis 39·5° vorhanden. Zugleich stellten sich starke cardialgische Schmerzen ein. Die objective Untersuchung ergab eine Vergrösserung des Herzens nach rechts bis über den Sternalrand und im dritten und vierten Intercostalraum ein deutliches Geräusch an Stelle des ersten Tons. Der zweite Ton der Pulmonalis und der Aorta waren klappend, der Puls wurde unregelmässig, beschleunigt, dicrotisch. Die Behandlung bestand in örtlicher Application der Eisblase und innerlich in Digitalis mit Coffein. Auf diese Medication hin sank die Temperatur und die kardialgischen Anfälle liessen nach. So ist jetzt Patient in die Reconvalescenz eingetreten. Die Operationswunden waren inzwischen geheilt. In letzter Zeit sind einige Instillationen in die Urethra vorgenommen worden. Der Patient hat sich sichtlich erholt, sieht aber noch cyanotisch aus. Die Untersuchung des Herzens ergibt wie vorher die deutlichen Symptome der Insufficienz der Mitralis. Die Beobachtung ergab, dass sich also in der Klinik eine Prostatitis sowie ein Epididymisabscess entwickelt haben, die beide sicherlich gonorrhoischer Natur waren, da Gonococcen nachgewiesen waren. Man wird also nicht fehl geben, auch die Endocarditis, die sich im weiteren Verlauf der Erkrankung herausgebildet hat, als gonorrhoisch anzusprechen. Im allgemeinen unterscheidet man zwei Arten von Endocarditis nach Gonorrhoe, die benignen und die malignen. Bei der ersten Form bleibt das Anfangsstadium häufig unbeobachtet, da die Affection ziemlich symptomenlos verläuft. Erst später wird unter Umständen die Erkrankung gefunden. Die maligne Form kommt natürlich eher zur Beobachtung und gibt zu Untersuchungen und zur Sicherstellung der Diagnose häufiger Veranlassung. In diesem Falle liegt natürlich eine benigne Form vor. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, wenngleich angenommen werden muss, dass eine vollständige Restitutio ad integrum nicht eintreten wird.

Lesser frägt, ob gleichzeitig Erytheme beobachtet worden sind, wie dies bei diesen Fällen verhältnissmässig häufig geschieht.

Rosenthal erwidert, dass Erytheme nicht beobachtet worden sind, aber auch keine Arthropathien. In den meisten derartigen Fällen von Endocarditis gehen Gelenkaffectionen voraus. In diesem Falle ist kein einziges Gelenk befallen gewesen, so dass die Endocarditis ganz unvermittelt aufgetreten ist.

Blaschko ist in der Krankengeschichte aufgefallen, dass die Incubationszeit sehr lange gedauert hat, ein Symptom, welches die Malignität zu erklären geeignet ist. Schwer verlaufende und mit Complicationen verbundene Tripper haben häufig eine derartige lange Incubationszeit. Bei der Untersuchung der Ursachen dieser Erscheinung hat B. in drei bis vier Fällen gefunden, dass sich die Patienten bei Frauen inficirt hatten, welche selbst einen chronischen, kaum nachweisbaren Tripper hatten. Die Virulenz der Gonococcen ist vielleicht in diesem Falle eine geringe, und es bedarf einer gewissen Zeitdauer, bis sich die Virulenz auf dem neuen Nährboden wieder eingestellt hat. Die Malignität ist vielleicht darauf zurückzuführen, dass sich in Folge der geringfügigen Virulenz der Organismus nicht in der gewöhnlichen Weise durch starke Eiterung gegen den Gonococcus wehrt und demselben so einen schnellen Eintritt in die Lymphbahn gestattet.

Jastrowitz frägt, was eigentlich unter maligner Endocarditis in den Fällen, die auf Tripper folgen, zu verstehen ist. Im allgemeinen bezeichnet man damit Erkrankungen, welche vielfach mit Purpura und Embolien einhergehen, und bei denen der Respirationsapparat und das Nervensystem in hohem Grade in Mitleidenschaft gezogen ist. J. möchte wissen, ob Beobachtungen vorliegen, wonach derartige maligne Endocarditiden auf Trippergift zurückzuführen sind.

Michaelis erinnert daran, dass v. Leyden drei Fälle beschrieben hat, in welchen ulceröse Endocarditiden auf gonorrhoische Infection folgten. Der erste Fall wurde 1893 veröffentlicht, der zweite in der Festsitzung zu Ehren von Geheimrath Lewin vorgetragen. In diesem Falle konnte M. die Gonococcen auf dem Endocard demonstriren. Später kam noch ein dritter Fall von Siegheim hinzu. Im Ganzen sind etwa seit 1893 fünfzig Fälle beschrieben worden, in welchen sich ulceröse Endocarditis nach Gonorrhoe entwickelt hat, und in welchen Gonococcen nachgewiesen wurden; in einzelnen wurden Mischinfectionen constatirt. In den v. Leyden'schen Fällen waren frische Infectionen von ulceröser Endocarditis gefolgt. Im Siegheim'schen Falle handelte es sich um einen Zimmermeister, welcher sich auf einer Reise inficirt hatte und nachdem der Ausfluss aufgehört hatte, mit seiner Frau nach der Rückkehr wieder verkehrte. Acht Tage darauf bekam dieselbe Ausfluss und zwei Wochen später Herzbeschwerden. Fieber und Geräusche waren in diesem Falle typisch, und die Diagnose wurde von Siegheim und M. auf ulceröse Endocarditis gestellt. Gonococcen aus dem Blut zu züchten, gelang nicht. Einen Monat später starb die Frau und die Section ergab Gonococcen in den Auflagerungen am Herzen. Die Zahl der gutartig verlaufenden Fälle scheint grösser zu sein. M. macht ferner noch darauf aufmerksam, dass im Anschluss an Gonorrhoe häufig auch nervöse Herzbeschwerden auftreten. Das Bild ist ganz eigenartig und möchte M. dasselbe als Angina pectoris nervosa bezeichnen. M. beobachtete einen jungen Collegen, welcher im Anschluss an Gonorrhoe, Epididymitis und Cystitis derartige Anfälle bekam, dass er sich in seinem Zimmer

einschloss, sich auf den Boden kauerte und in Schmerzensschreie ausbrach. Weder v. Leyden hat in diesem Fall noch er selbst irgend etwas constatiren können. Nach einer Badecur verloren sich allmälig die Symptome und Patient wurde hergestellt. In der v. Leyden'schen Klinik ereignete es sich auch, dass, als ein Gonorrhoiker mit Herzaffectionen vorgestellt wurde, ein Praktikant ohnmächtig wurde. Auch dieser litt an derartiger Angina pectoris.

Jastrowitz möchte als Kernpunkt die Frage richten, ob nachgewiesen wurde, dass Gonococcen allein ohne Streptococcen die maligne Endocarditis hervorrufen.

Michaelis glaubt, dass der Kern des Verdienstes von v. Leyden ist, nachgewiesen zu haben, dass die Gonococcen allein im Stande sind, derartige Affectionen zu erzeugen.

3. **Heller** stellt einen Fall von idiopathischer Hautatrophie vor, welche sich erst im Anfangsstadium befindet. Der Patient ist Bäcker und zwanzig Jahre alt. Vor drei Jahren stellte sich bei ihm im Anschluss an eine Kälteeinwirkung, die er im Beruf erfahren hatte, eine Hautveränderung ein. Auf dem Handrücken entwickelte sich eine cyanotische Hautpartie, welche den Patienten insofern störte, als er subjective Kälteempfindung darin empfand. Die Affection ging dann auf den Ellenbogen derselben Seite über. Hier besteht jetzt das ausgeprägte Bild der idiopathischen Hautatrophie. Auf dem Handrücken besteht eine Neubildung von Gefässen, welche deutlich hervortritt, wenn man durch Glasdruck die Hyperämie entfernt. Diese Gefässe sind zugleich ziemlich stark dilatirt. Die Epidermis am Ellbogen ist gefältelt und sieht wie zusammengeknittertes Cigarettenpapier aus.

4. **Lesser** stellt einen jungen Menschen von 22 Jahren vor, welcher sich im October vorigen Jahres mit Syphilis inficirte. Im dritten Monat nach der Ansteckung bestand ein hochgradiges maculo-crustöses Syphilid. Die Ulcerationen bewiesen, dass die Infection eine ziemlich schwere war. Patient wurde mit Einspritzungen und später mit Einreibungen behandelt. Am 5. Mai wurde er wieder in die Klinik aufgenommen und zeigte sich ein papulöses Exanthem von ausserordentlicher Ausdehnung, so z. B. war die eine Hälfte der Stirn von einem derartigen Herd eingenommen, und auf dem Rücken war eine Anzahl von thaler- bis fünfmarkstückgrossen Efflorescenzen vorhanden. Jetzt sind an allen diesen Stellen noch tiefe Pigmentirungen sichtbar. Neben der Grösse der Papeln ist in diesem Falle die Satellitenform des Exanthems bemerkbar. In der Mitte steht die älteste Papel, und rings herum im Kreise eine Reihe von kleinen Papeln. Interessant ist ferner, dass man in diesem Fall beobachten konnte, dass das Recidiv in der Umgebung der vom ersten Exanthem befallenen Stellen auftrat. Man sieht jetzt noch eine Anzahl von Papeln, in deren Mitte eine Vertiefung besteht, welche dem zuerst aufgetretenen papulo-crustösen Exanthem entspricht. Diese Beobachtung spricht für die Annahme, dass die Reci-



dive sich von Resten eines vorangegangenen Exanthems und zwar in der Peripherie derselben entwickeln. Diese Erklärung gilt auch für die Roseola annularis recidivans. Patient wurde das zweite Mal wegen der schweren Erscheinungen mit Calomelinjectionen behandelt. Schon nach vier Wochen war das Exanthem geschwunden.

5. **Lesser** stellt einen jungen Mann von zwanzig Jahren mit einer Onychomycosis favosa vor. Bei der Aufnahme waren Narben und typische Scutula auf der Kopfhaut sichtbar. Die Nägel des dritten und des fünften Fingers der linken Hand sind erkrankt. Am Mittelfinger ist die Nagelplatte erhalten, aber unter derselben ist eine gelblich-weisse Einlagerung, während der Nagel des fünften Fingers fast vollständig aufgelöst ist. Diese Nagelerkrankung ist nicht häufig, trotzdem die Patienten durch häufiges Kratzen zu einer Autoinfection genug Veranlassung geben. Höchstwahrscheinlich ist aber der Boden für die Entwicklung des Pilzes ein ungünstiger. L. lässt im Einverständniss mit Heller die Unna'sche Eintheilung der Scutula nicht gelten. Zur Bildung derselben gehört ein Haar und Epidermis. Unter der Nagelplatte in der schon verhornten Epidermis bilden sich einfach Pilzansammlungen, die keine bestimmte Form annehmen. Auch an anderen Stellen des Körpers, wie an der Glans penis und am Scrotum ist keine derartige Form zu finden. Gewöhnlich ist bei Nagelfavus die Affection auch an anderen Stellen des Körpers zu finden, aber auch primär ist dieselbe schon beobachtet worden. Auch die Inoculation von einem Nagelfavus auf andere Stellen des Körpers ist sehr selten. In diesem Falle leidet der Patient an Prurigo, und trotzdem ist der Körper frei, ein Beweis, dass Favus auf der Körperhaut schwer haftet. Alle diese Dinge sind ein Beweis dafür, dass der Favus lange nicht in dem Masse ansteckend ist, wie der Herpes tonsurans.

Heller hat bei einer Patientin mit Nagelfavus, dessen Therapie ausserordentlich undankbar ist, die Kataphorese mit Lugol'scher Lösung angewandt. Um das Medicament in die Matrix bis in das Nagelbett hinein zu bringen, hat H. die Nägel herunter feilen lassen. Ein Beweis dafür, dass eine Wirkung vorhanden war, geht daraus hervor, dass bei Anwendung der Kathaphorese die Patientin stärkere Schmerzen hatte als bei einfacher Pinselung.

Lesser hatte die Absicht, nach Erweichung der Nagelplatte Jodtinctur aufpinseln zu lassen.

6. **Lesser** stellt eine 37jährige Patientin mit Urticaria pigmentosa vor. Dieselbe erkrankte im December vorigen Jahres. Während im Anfang nur linsen- und bohnengrosse quaddelartige Eruptionen auftraten, sind später grössere Efflorescenzen beobachtet worden. Dieselben zeichneten sich nicht nur durch die Grösse, sondern auch durch stark braune Pigmentirungen aus. Im übrigen bestand keine Störung des Allgemeinbefindens. L. beobachtet die Patientin seit drei Wochen und seit dieser Zeit ist das Bild unverändert. Der ganze Körper ist von zahlreichen Urticariaefflorescenzen von verschiedener Grösse bedeckt.



Man kann eine Anzahl erheblich grösserer von den gewöhnlichen Efflorescenzen unterscheiden. Dieselben sind ½ Cm. hoch, haben ihren Sitz auf Stirn und Brust und sehen braun aus. Urticaria factitia ist in grossem Masse vorhanden. Die Efflorescenzen werden roth, sobald man dieselben reibt. Zwei Momente lassen den Fall als ungewöhnlich erscheinen. Während in den bisher beschriebenen Fällen die Krankheit in allererster Lebenszeit begann, um eine Reihe von Jahren zu bestehen, hat sich in diesem Falle die Affection erst im Alter von 26 bis 27 Jahren eingestellt. Die Patientin hat ferner niemals das allergeringste Jucken verspürt, was bei diesen typischen Urticariaerscheinungen im höchsten Grade merkwürdig ist. Mikroskopisch konnte ausser einem Oedem der Haut etwas Pathologisches nicht gefunden werden, vor allen Dingen keine Anhäufung von Plasma- und Mastzellen. Die elastischen Fasern scheinen im Bereich des Knotens auseinander gedrängt und stehen weniger dicht als in der normalen Haut. Man hat den Mangel von Mastzellen darauf zurückgeführt, dass Knoten untersucht worden sind, welche noch nicht lange genug bestanden haben. In diesem Falle aber, der allerdings auch erst kürzere Zeit beobachtet wird, scheinen die Efflorescenzen aber gross genug, um, wenn Mastzellen das wesentliche sind, das Auffinden derselben gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Dieselben sind aber nur in geringem Grade vorhanden.

Pincus sieht in den aufgestellten Präparaten nicht mehr Mastzellen als in den gewöhnlichen Urticariaquaddeln. In dem Falle von Unna und Daumer waren schon nach drei bis vier Tagen Reizung massenhaft Mastzellen in den Präparaten zu finden. Mithin ist es fraglich, ob hier nicht eine vorübergehende Affection vorliegt, welche recidivirte.

Lesser erwidert, dass in erster Linie das klinische Bild in Frage kommt, besonders in solchen Fällen, in welchen nicht die histologische Untersuchung das ausschlaggebende Moment ist. Die Quaddeln persistiren bereits seit Wochen unverändert an denselben Stellen. Dieses Symptom allein reicht aus, um den Fall von einer gewöhnlichen Urticaria zu trennen, und dass eine Urticaria vorliegt, beweist wiederum das mikroskopische Bild.

Pinkus will keine andere Diagnose stellen, nur der kurze Bestand der Affection lässt eine bestimmte Diagnose nicht zu.

Lesser gibt zu, dass der Fall einige Besonderheiten bietet, indessen diese Eigenthümlichkeiten beweisen nur, dass die Kenntnisse über Urticaria pigmentosa noch keine vollständigen sind. Auch andere Fälle in der Literatur bieten derartige von der Norm abweichende Eigenthümlichkeiten dar.

Rosenthal spricht sich nach Zusammenfassung aller Momente ebenfalls für die Diagnose Urticaria pigmentosa aus.

7. **Heller** berichtet über einen weiteren Fall von idiopathischer Hautatrophie, bei welchem die Ausbreitung der Affection 1609 Cm. Haut einnahm. Die vordere Seite des Thorax, Ober- und Unterextremitäten

waren befallen und Neubildung von Gefässen, Pigmentbildung und Atrophie waren als Charakteristika vorhanden. In diesem Fall bestand auch die Affection seit frühester Jugend.

Sitzung vom 3. Juli 1900.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

1. **Pieleke** stellt aus der Lassar'schen Klinik einen Fall von Ectopia vesicae vor. Das Kind ist acht Wochen alt. Es besteht ein Spalt an der vorderen Bauchwand und ein Defect der vorderen Blasenwand. Ebenso ist die ganze Harnröhre, wie stets bei der Ectopie, gespalten. Das Schambein zeigt wie gewöhnlich eine Lücke und die Symphyse fehlt. Die Ursache beruht in einer Entwicklungshemmung und nicht, wie man früher und auch jetzt in letzter Zeit wieder angenommen hat, in einer Berstung der Blase in Folge von Ansammlung von Urin. Unterhalb des Nabels befindet sich ein wulstiger Tumor, an dessen Unterfläche man die beiden Ureteren functioniren sieht. Die Blasenschleimhaut ist leicht roth und zu Blutungen geneigt. Der Folliculus seminalis ist erhalten. Bei der Operation empfiehlt es sich, mindestens bis zur Beendigung des ersten Lebensjahres zu warten. Das dabei zu erzielende beste Resultat besteht darin, dass die betreffenden Menschen mittelst einer Pelotte im Stande sind, den Urin mehrere Stunden zu halten. Gewöhnlich sind die Patienten Zeit ihres Lebens sehr behindert. Bei Frauen wurde Gravidität beobachtet. Bei Männern ist gewöhnlich wegen Fehlen des Gliedes eine Cohabitation unmöglich.

2. **Saalfeld** stellt einen Fall von Folliclis vor, welche zur Gruppe der Tuberculide gehört. Die Patientin ist 15 Jahre alt, aber mit Ausnahme von Kinderkrankheiten niemals leidend gewesen. Im October 1898 bemerkte sie zuerst am Arm in der Ellenbogengegend und am Handrücken einige Efflorescenzen, die ihr keine Beschwerden verursachten. Das Leiden besserte sich im Sommer auf kurze Zeit und ist seit dem October vorigen Jahres wieder aufgetreten. Es bestehen an den erwähnten Stellen eine Reihe röthlicher Flecke. An einigen ist leichte Schuppenbildung vorhanden. Hier ist der Process bereits in Rückbildung begriffen. Einige der Efflorescenzen zeigten Bläschenbildung. Die Patientin ist nur mit Arsenik behandelt worden. Nach Cantharidin wurde einmal eine Reaction beobachtet, die in einer Röthung des ganzen Armes bestand. In der befallenen Gegend sind jetzt deutlich eine Reihe von Narben sichtbar. Am Handrücken sehen die Efflorescenzen wie Frostbeulen aus. Jucken hat die Patientin nie gehabt. Anamnestisch ist Tuberculose nicht nachweisbar, nur besteht in der rechten Lungenspitze eine suspecte Stelle. Die Patientin ist für ihr Alter gross und hager, so dass dieses Leiden einen gewissen prognostischen Werth



hat. Therapeutisch ist darauf zu achten, dass die Tuberculose sich nicht weiter ausbildet.

3. **Saalfeld** stellt ein junges Mädchen von 14 Jahren mit Hydroa vacciniformis vor. Die Krankheit besteht seit ungefähr 8 Jahren und hat sich im Anschluss an Windpocken entwickelt. Gesicht, Hals, Ohren, die Stirn-Haargrenze und der Handrücken, im geringeren Grade der Vorderarm zeigen weisse, quaddelartige Erhebungen, deren Umgebung leicht geröthet ist. Die Affection juckt stark und veranlasst die Patientin zu starkem Kratzen. Schliesslich bleiben Leukoderma ähnliche Narben zurück. Im Beginn waren auch Füsse und Rücken befallen. Die Haut der Patientin ist im ganzen ziemlich trocken. Die Therapie hatte bisher keinen grossen Erfolg. S. verordnete Umschläge mit essigsaurer Thonerde und liess die Patientin zum Schutz einen blauen Schleier tragen. Hierdurch ist eine Besserung eingetreten. Im Winter tritt das Leiden wesentlich zurück, um im Sommer wieder stärker zu werden. S. erwähnt, dass er augenblicklich noch einen zweiten Fall von Folliclis in Behandlung habe.

4. **Pinkus** stellt einen jungen Mann vor, welcher seit dem Februar dieses Jahres an Lichen scrophulosorum am Rücken litt. Zu gleicher Zeit bestand eine strichförmige Affection an der Hinterseite des Gesässes und der Ober- und Unterschenkel. Dieselbe setzte sich aus Gruppen von millimetergrossen weichen Knötchen zusammen. Durch die Behandlung wurde der Ernährungszustand gebessert. Das Exanthem auf dem Rücken schwand, dagegen blieben die Efflorescenzen an Oberschenkel und Waden bestehen. Die Diagnose Lichen scrophulosorum schien in Folge der begleitenden Lungenaffection und Drüsenschwellung sicher zu sein. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes vom Unterschenkel zeigte, dass ein Naevus nicht vorlag, und dass eine Granulationsneubildung im oberflächlichen Corium um die Follikel herum bestand. Ein typisch tuberculöser Bau konnte nicht nachgewiesen werden. Diese Localisation ist für Lichen scrophulosorum bisher noch nicht bekannt, während sie bei Naevus, Neurodermitis, Lichen planus und Psoriasis häufig ist.

5. **Pinkus** stellt einen jungen Mann mit multipel herdweise auftretendem Haarausfall, welcher seit dem Anfang dieses Jahres besteht, vor. An den haarlosen Stellen bestand vorher eine impetiginöse Affection der Kopfhaut. Es bilden sich kleine Abscesse und rings herum fallen die Haare aus. In der Mitte bleibt zuerst eine blutige Kruste liegen, nach Abfall derselben besteht eine vertiefte Narbe. Der Fall hat mit der gewöhnlichen Alopecie grosse Aehnlichkeit, aber auch histologisch zeigt sich das Haar abgebrochen, an der Wurzel pigmentlos und zugespitzt (cheveu massué Sabouraud). Der Follikelhohlraum ist erweitert und mit Horn- und Pigmentresten erfüllt. Die sich neu bildenden Haare sind verkümmert. Auch die sonstigen Befunde, die Sabouraud von den Follikeln gibt, sind deutlich vorhanden. P. hat eine Pilzart gezüchtet, deren weitere Erforschung noch aussteht.

Lesser erwähnt, dass Lichen ruber planus eine gewisse Aehnlichkeit mit dem vorgestellten Fall hat und ebenfalls in strichförmiger Anordnung vorkäme. Es wäre nicht unmöglich, dass der Lichen ruber ebenfalls zu den infectiösen Granulationsgeschwülsten gehört.

Blaschko frägt, warum sich Pinkus gegen die Diagnose Lichen ruber planus erklärt.

Pinkus erwidert, dass Lichen ruber planus nicht auf Infection beruht, während beim Lichen scrophulosorum durch Infection auf Thiere der Tuberkelbacillus nachgewiesen worden ist. Gegen die Annahme. dass ein Lichen ruber planus vorliegt, spricht auch das Zusammentreffen mit Lichen scrophulosorum. Diese Affection hat sich jetzt aber in Folge des allgemeinen gehobenen Gesammtbefindens gebessert. Auch stimmt nicht mit dieser Diagnose die mikroskopische Untersuchung. Eine gewisse Aehnlichkeit kann P. nicht in Abrede stellen.

Blaschko führt an, dass für Lichen ruber planus zwei Momente sprechen. 1. Die Bildung von cocardenähnlichen derben Infiltraten, 2. die deutliche tiefbraune Pigmentirung. Das histologische Bild kann für beide Affectionen gelten.

6. **Heller** stellt einen Fall von idiopathischer Hautatrophie vor, welchen er bereits in der vorigen Sitzung erwähnt hat. Die Affection ist nach seiner Ansicht eine angeborene Anlage und gehört in die grosse Gruppe der Naevi.

7. **Silberstein** stellt einen Patienten vor, welcher die Erkrankung an Lues negirt, bei dem aber zweifellos specifische Papeln an den Unterschenkeln vorhanden sind. Seit ungefähr drei Monaten bestehen an den Ellenbogen sowie an der Innenseite der Oberarme eigenthümliche kleine Neubildungen, welche sich aus vorangegangenen rothen Flecken entwickelt haben sollen. Am Tage sehen die kleinen Knoten gelblich aus. Blaschko, dem Vortragender den Fall gezeigt hat, hielt denselben für ein Xanthom auf Basis von früheren Papeln. Die anatomische Untersuchung steht noch aus.

Blaschko fügt hinzu, dass er nur eine gewisse Aehnlichkeit der Efflorescenzen mit Xanthom angenommen habe, eine bestimmte Diagnose nach dieser Richtung hin aber nicht ausspricht. Fest steht nur, dass die Affection als Residuum des vorangegangenen tertiären Syphilids zu betrachten ist. Am Oberarm sieht man deutlich handtellergrosse Herde, an deren Peripherie noch Papeln sichtbar sind, während sich im Centrum die eigentümlichen, derben, weisslichgelben Gebilde befinden. An andern Stellen sind nur Papeln, oder nur diese kleinen Tumoren sichtbar. Bei Glasdruck auf dieselben sieht man genau das Bild, als wenn sich Papeln an diesen Stellen befinden würden. Als Keloide sind die Knoten nicht zu betrachten, da die eigenthümlichen derben Stränge und auch die Farbe der Keloide fehlen. Immerhin glaubt B., dass die Affection eher der keloiden Degeneration, als dem Xanthom ähnlich sieht. Vor wenigen Wochen hat B. einen ähnlichen Fall gesehen, welcher an beiden Vorderarmen symmetrisch



tertiäre Papeln zeigte, auf denen sich diese gelblichen Knötchen gebildet hatten.

8. **Blaschko** zeigt zwei mikroskopische Präparate, welche von einem jungen Manne stammen, der im Jahre 1895 Lues acquirirte und in den folgenden drei Jahren je eine Schmiercur durchmachte. Vor zwei Monaten zeigte Patient eine Leukoplakie an der Zunge und ferner in der Schläfengegend drei typische syphilitische Papeln. Ausserdem bestanden auf der Stirn und der oberen Gesichtshälfte erythematöse Flecke, welche im Centrum prominirten, wie Strophulusknötchen und eine gewisse Aehnlichkeit mit Wanzenbissen hatten. Der erythematöse Hof war etwa $^1/_2$ bis 1 Cm. gross. Einzelne der Efflorescenzen lagen reihenförmig hintereinander. Unter einer specifischen Cur gingen dieselben langsam zurück, allmälig verschwanden sie, liessen aber kleine derbe Knötchen zurück, die in den tieferen Cutisschichten ihren Sitz hatten. Erwähnenswerth ist, dass der Patient eine sehr zarte Haut hat und Varicen sowohl an den oberen wie unteren Extremitäten, als auch eine Varicocele und Venenektasien im Gesicht zeigte. Alle diese Momente veranlassten B., die Diagnose auf periphlebitische Herde zu stellen. Die mikroskopische Untersuchung hat diese Vermutung bestätigt. Man sieht einen grossen, jetzt schon organisirten Thrombus, in der Mitte sind Reste von elastischem Gewebe sichtbar. In der Peripherie besteht eine starke Infiltration. Das Bild hat grosse Aehnlichkeit mit demjenigen, welches Philippsohn in seiner Arbeit über „Embolie und Metastase der Haut" gezeichnet hat. Dasselbe stellt auch ein Thrombophlebitis dar, welche das Anfangsstadium einer Gummigeschwulst bildet. Philippsohn hat darauf hin die Vermuthung ausgesprochen, dass sich Gummigeschwülste überhaupt in der Weise entwickeln. B. hat in den letzten Jahren mehrfach auch syphilitische Phlebitiden beobachtet und bei Patienten mit Anlage zu Varicen derartige Herde nicht nur in der Spätform, sondern auch im ersten Jahr der Erkrankung gefunden. Dieselben resorbiren sich vollkommen oder zerfallen eitrig. B. glaubt, dass die grosse Mehrzahl der Ulcera cruris die Folge von solchen phlebitischen und periphlebitischen Infiltraten sind. Die Diagnose ist durch den eigenthümlichen longitudinalen Verlauf nicht schwer zu stellen. Die Momente, welche für diese Diagnose verwerthet werden, sind die Anlage zu Varicen, das reihenweise Auftreten der Efflorescenzen, und das Auftreten von erythematösen Flecken mit centraler Infiltration. Auch der Sitz ist gewöhnlich tiefer als der von Papeln, ebenso ist die Farbe leicht bläulich. B. glaubt, dass man bei der Untersuchung auch der kleinen Efflorescenzen mehr auf eine Affection der Venen achten muss als bisher. Dass keine Arterie in diesem Falle vorlag, beweist der Rest des elastischen Gewebes, welches bei einer grossen Arterie sehr viel reichlicher hätte sein müssen. Ausserdem sind alle Nachbararterien intact, während die Venen erweitert und zum Theil strotzend mit Blut gefüllt sind.

9. **Saalfeld** stellt einen 22jährigen jungen Mann mit Folliclis vor. Die Affection besteht seit dem Jahre 1899 und ist zuerst oberhalb

des rechten Knies aufgetreten. Dieselbe ist mit Jucken verbunden. Der Vater des Patienten ist wahrscheinlich an Tuberculose zu Grunde gegangen und ein Bruder an Haemoptoe. Die Affection tritt bei dem Patienten nur schubweise auf und ist jetzt besonders am Ellenbogen, Vorderarm und Handrücken sichtbar.

10. **Saalfeld**. Kurze therapeutische Mittheilungen. Nach den Mittheilungen, die von Amerika kamen, hat S. versucht, flüssige Luft bei Hautkrankheiten anzuwenden. Er wurde zu diesem Vorgehen besonders dadurch veranlasst, dass das Menthol nicht nur schmerzstillend wirkt und das Jucken herabsetzt, sondern auch in Fällen, in denen Infiltrate in der Haut vorhanden sind, wie bei Lichen ruber und chronischem Unterschenkeleczem die Resorption befördert. Als Vorversuch betupfte S. eine graue Maus zwei Mal für kurze Augenblicke. Die Haut fühlte sich hart an und das Thier ging innerhalb 10 Minuten zu Grunde Wahrscheinlich ist der Tod in Folge des Shoks durch die Kälte eingetreten Auch bei einem Kaninchen fühlte sich nach Einwirkung der flüssigen Luft an einer von Haaren freien Stelle die Haut einige Tage lederartig an. An Menschen behandelte S. einen Lichen ruber planus, ein seit 12 Jahren bestehendes Eczem am Halse, ein Gewerbeeczem am Finger eines jungen Mädchens, einen Patienten mit Warzen und ein Ulcus molle. Die Resultate waren im ganzen zufriedenstellend. Das Ulcus hörte bald auf zu nässen und heilte ohne weitere Behandlung in kurzer Zeit. Beim Lichen ruber planus und den andern Affectionen trat, nachdem in Zwischenräumen von 10 bis 15 Secunden betupft worden war, eine Blasenbildung auf. Dieselbe entleerte Serum und heilte ab. Die Versuche mussten aber abgebrochen werden, da die Herstellung der flüssigen Luft hier zu theuer ist. S. dachte daran, dieselbe — sie hat eine Temperatur von 190° — durch andere Medien zu ersetzen. Von der Kohlensäure, welche bei 65° flüssig wird, musste S. Abstand nehmen, da dieselbe nicht in ein Gefäss gebracht werden kann, in welchem sie sprayartig verwendet werden kann. In Folge dessen ging S. zu Chloräthyl und später zu Metäthyl über, eine Verbindung von Aethyl- und Methylchlorid. Die Resultate die S. damit erzielt hat, sind derartig, dass weitere Versuche lohnen S. liess den Spray $^1/_2$ bis 1 Minute alle Tage einwirken oder gibt dem Patienten selbst die Röhrchen in die Hand. Nachdem die Kältewirkung vorüber war, trat Brennen auf. In einzelnen Fällen, die sehr empfindlich waren, bildeten sich Blasen. In anderen eine geringe seröse Transsudation. S. wendet das Präparat in Röhrchen, welche in neuester Zeit von Henning fabricirt werden, an. Dieselben sind derart construirt dass der Druck auf einen kleinen Hebel genügt, um den Spray hervortreten zu lassen. Die Methode ist nicht neu. Gerhardt hat schon Lupus mit Eisblase behandelt, und Unna Ulcera mollia mit Chloräthyl vereist und hinterher mit dem Rasiermesser abgeschnitten. Auch die Einwirkung des Alkoholäthers, den Hebra gegen Lupus erythematodes angewandt hat, beruht im grossen und ganzen auf der Kälte. Auch bei der Leukoplakie des Mundes hat S. therapeutisch das Aethylchlorid



angewandt, indem er die Stelle vereiste und nachher glatt abtrug. Das Resultat war sehr zufriedenstellend. Auch für die Darstellung späterer mikroskopischer Präparate ist die Methode sehr zu empfehlen. So beabsichtigt S. auch bei einer Patientin mit Kraurosis vulae dieses Verfahren anzuwenden und die einzelnen Stellen mit dem Messer abzutragen. Die Instrumente werden durch den Spray sehr schnell stumpf.

Rosenthal erwähnt, dass die von Saalfeld zuerst angeführte Einwirkung des Metäthyls sich zuvörderst auf die Wirkung der Kälte als therapeutisches Agens bezog. Die einzelnen Fälle, die er aber angeführt hat, haben mit der Einwirkung der Kälte als solcher nichts zu thun, sondern beziehen sich auf die Wirkung des Metäthyls als locales Anästheticum. Sowohl Unna hat bei der sehr empfehlenswerthen Abtragung des Ulcus molle, ebenso wie Saalfeld bei seinem Eingriff bei der Leukoplakie das Metäthyl nur angewendet, um eine locale Schmerzlosigkeit zu erzielen. Man kann daher nicht in diesem Sinne von einer Behandlung der Leukoplakie durch die Kälte sprechen. Auch die von S. erwähnte Anwendung des Alkohol beim Lupus erythematodes kann als Kältewirkung nicht betrachtet werden. So hat R. selbst in einem Falle Alkoholdunstumschläge machen lassen. Hier kann von einer Kältewirkung gewiss nicht die Rede sein. Die Alkoholtherapie ist ursprünglich vom antibakteriellen Standpunkt aus eingeleitet worden. Die Wirkungen sind aber, wie sich später herausstellte und wie die eingehenden Arbeiten von Buchner bewiesen, von complicirterer Art.

Saalfeld erwidert, dass bei der Behandlung des Lupus erythematodes nach seiner Ansicht Umschläge von Alkohol und Aether gemacht würden, bei der Behandlung der Leukoplakie hat er das Metäthyl angewendet, um ein festes Gewebe zu bekommen, das sich gut schneiden lässt.

O. Rosenthal.

Verhandlungen der New-Yorker Dermatologischen Gesellschaft.

271. Sitzung.

Elliot, G. T. stellt einen Fall von Bromkali-Eruption vor: Das 9monatliche Kind präsentirt eine typische universelle Bromeruption mit fungusartigen papulopustulösen Efflorescenzen. Das Kind soll angeblich wegen Bronchitis ansehnliche Dosen von Bromkali und Bromnatrium enthaltende Medicin genommen haben.

Morrow, P. A. bemerkt, dass, trotz Aussetzens des Medicamentes, sich scheinbar noch immer neue Läsionen entwickeln.

Jackson, G. T. erwähnt, dass er von dieser relativ seltenen Hauterkrankung bloss 5 Fälle gesehen habe. In einem dieser Fälle traten Läsionen auch nach Unterbrechung des Mittels in einem anderen nach Verabreichung selbst kleinster Dosen auf.

Morrow, P. A. sagt, dass in den meisten Fällen nicht eine bestimmte Dosis des Mittels, sondern eine individuelle Idiosyncrasie Veranlassung zur Eruption gibt. In dem vorliegenden Falle scheint eher die lang fortgesetzte Verabreichung des Mittels, als die grossen Dosen, Ursache der tiefen und ausgedehnten Läsionen gewesen zu sein.

Fox weist auf einen Fall aus seiner Erfahrung hin, in welchem ein grösserer Plaque am Rücken irrthümlich als eine bösartige Neubildung diagnosticirt wurde und operirt werden sollte. Häufig zeigt die Eruption grosse Aehnlichkeit mit syphilitischen Läsionen; an der behaarten Gesichtshaut mit Sycosis.

Allen, C. W. sagt, er habe viele Fälle dieser Eruption bei Kindern beobachtet, die wegen Epilepsie behandelt wurden. Bei Einzelnen hätten sich ausgedehnte und üppige Läsionen entwickelt, welche der Behandlung langen Widerstand leisteten.

Bronson, E. B. glaubt, dass die Ausscheidung des Mittels durch die Hautfollikel irgendwelchen Einfluss auf die Eruption haben könne, obschon das Brom in den Follikeln angeblich nicht nachgewiesen werden konnte.

Sherwell, S. sagt, die Joderuptionen haben ein ähnliches Aussehen; sind jedoch weniger massiv.



Lustgarten, S. sagt, die Joderuption schwindet rasch nach Unterbrechung des Mittels und unterscheidet sich darin von dem Bromausschlag, dessen spätes Auftreten, etwa 3 Wochen nach Beginn der Verabreichung des Mittels und auch langes Anhalten charakteristisch sind. Redner erwähnt auch, dass einer Theorie gemäss die Persistenz der Eruption darauf beruht, dass es einer längeren Zeit bedarf, das in den Gewebssäften angehäufte und Chlorin verdrängende Bromin auszuscheiden.

Morzow, P. A. spricht seine Ueberzeugung dahin aus, dass auf die Unterbrechung des Mittels auch ein sofortiges Schwinden der Eruption folgt. Natürlich wechselt die Dauer der Involution der einzelnen Läsion, je nach deren Flächen- und Tiefenausbreitung.

Elliot sagt, dass in diesem Falle neue Läsionen aufgetreten seien, trotzdem das Brommittel schon 6 Wochen vorher ausgesetzt wurde. Redner macht darauf aufmerksam, dass die Primärläsion ein roth braunes glattes Knötchen darstellt, unter dessen Epidermisdecke sehr bald winzige Eiterpünktchen sich entwickeln. In voller Entwicklung hat die Läsion ein granulomähnliches Aussehen. Rücksichtlich der Ursache der Eruption hält Redner es noch für unentschieden, ob die Elimination der Bromine durch die Haut oder gewisse Toxine verantwortlich seien. Die Fälle seien auch nicht so selten, werden jedoch in der Regel nicht als solche erkannt.

Holder, O. H. präsentirt einen Fall von idiopathischer Hautatrophie.

Bei der früher immer gesund gewesenen 54jährigen Patientin hat sich vor 8 Jahren die Menopause eingestellt und seither datirt ihr Hautleiden; die Atrophie begann an dem rechten Handrücken und ist gegenwärtig über die Streckseiten beider Hände und Ellbogen, wie auch der Beine ausgebreitet. Die nervöse Kranke klagt über Schwindel. Auf leichten Reiz schon bluten die atrophischen Partien; verheilen jedoch rasch.

Fordyce, J. A. sagt, er habe einen ganz ähnlichen Fall der Gesellschaft vor 18 Monaten vorgestellt. In beiden Fällen ist kein organisches Nervenleiden nachweisbar.

Bronson erwähnt bei einem sonst gesunden Patienten mit dieser Affection keine nennenswerthe Nervosität, jedoch nach längerem Stehen ausgesprochene Muskelschwäche beobachtet zu haben.

Elliot bemerkt, dass der rothe Rand, welcher den atrophischen Stellen vorangeht, wahrscheinlich eine Gefässerkrankung darstellt, welche die Atrophie bedingt.

Fordyce, sagt, dass seine mikroskopischen Untersuchungen diese Annahme unterstützen.

Morrow, P. A. stellt einen Fall von Nageldystrophie vor. Bei der jungen Patientin besteht eine eigenthümliche Veränderung der Nägel, in Gesellschaft von zerstreuten Hautefflorescenzen an der Kopfhaut, den Beinen und in den Achselhöhlen, welche Dr. Morrow für Eczem



ansieht, obschon der schuppende Charakter derselben wie auch die Entartungen der Nägel für Psoriasis sprechen.

Bulkley, L. D. sagt, die eczematösen Nagelveränderungen, zu welchen auch dieser Fall anzureihen sei, haben in seiner Auffassung einen neurotischen Ursprung und reagiren günstig auf prolongirte innerliche Behandlung mit Tonicis.

Johnston, J. sagt, dass die Diagnose der verschiedenen Nagelaffectionen, mit Ausnahme jener der parasitären Formen, keineswegs leicht sei. Die Psoriasis der Nägel hält Redner an der Verdünnung und seitlichen Erhebung derselben erkenntlich. Der vorliegende Fall macht auf ihn den Eindruck der beginnenden Psoriasis.

Allen empfiehlt die innerliche Darreichung von Arsen sowohl bei Eczem wie auch Psoriasis der Nägel.

Bronson glaubt, dass es sich hier um eine Ernährungsstörung der Nägel handelt, welche weder zur Psoriasis noch zum Eczem in Beziehung steht, sondern eher einer einfachen Keratosis entspricht und äusserst hartnäckig ist.

Elliot sagt, dass er einen derartigen Fall nur dann für Psoriasis oder Eczem ansprechen würde, wenn andere Läsionen dieser Affectionen gleichzeitig vorhanden wären; auch würde er nur dann eine trophische Störung annehmen, wenn vorerst noch eine eventuelle Trichophytosis ausgeschlossen wurde, zumal diese gar nicht so selten sind.

Morrow erwähnt zum Schlusse, dass die Patientin seit längerer Zeit neurasthenisch sei und dass die Nagelaffection wohl eine locale Manifestation der allgemeinen Ernährungsstörung sein könne.

Allen, C. W. präsentirt einen Fall von Psoriasis. Der mit diffuser Psoriasis behaftete Russe glaubte an Syphilis zu leiden, da er früher einen Schanker hatte und gegenwärtig allgemeine Adenopathie zeigt.

Bulkley glaubt, dass einzelne Efflorescenzen an Syphilis erinnern.

Fordyce und Morrow betrachten den Fall als reine Psoriasis.

Bronson sagt, er könne keine syphilitischen Läsionen entdecken.

Fox bemerkt, dass die Syphilis den Charakter bestehender Hautaffectionen niemals modificire.

Bronson stimmt mit Fox überein, gibt jedoch auch zu, dass die syphilitischen Läsionen die Neigung zeigen, an vorherbestehenden Erkrankungsstellen sich zu localisiren.

Sherwell glaubt im Gegensatze zu Fox, dass eine Psoriasiseruption durch nachfolgende syphilitische Erscheinungen in gewisser Beziehung stets alterirt wird.

Lustgarten sagt, dass manche Psoriasisfälle durch spätere Syphilis keine Veränderungen erfahren; andere dagegen ja, was auf die Prädilection der Lues für loci minoris resistentiae beruht.

Fox sagt, dass die Syphilis eines Psoriatikers eine psoriatische Form annimmt, welche jedoch von wahrer Psoriasis sich unterscheidet.



Allen bemerkt, dass ausser der Schankernarbe keine syphilitischen Symptome nachweisbar wären. Auffällig sei bloss das intensive jucken der Eruption.

272. Sitzung.

Wallhauser, H. J. (New-York) stellt einen Fall (Pityriasis rubra) zur Diagnose vor:

Bei dem 40jährigen Patienten sollen noch vor 20 Jahren zwei kleine weissliche Flecke an einem Oberschenkel aufgetreten sein, welche mit einer lockeren Haut bedeckt waren, die sich auf Reiben und Kratzen leicht ablöste. Gegenwärtig sind diese Läsionen von tiefrother Farbe, leicht erhaben und infiltrirt. Aehnliche Plaques haben sich vor 5 Jahren, erst am Abdomen, später über dem ganzen Körper ausgebreitet, entwickelt. In diesem Zustande verharrte der Process bis vor 2 Jahren, in welcher Zeit die ganze Hautdecke eine dunkel-bläulich-rothe Farbe zunahm; stellenweise förmlich schwarz wurde. Der Patient fröstelt zuweilen und hat auf Druck schmerzhafte Drüsenschwellungen.

Fox glaubt, dass es sich um eine ungewöhnliche Form von Pityriasis rubra handelt. Die Aussagen des Pat. über weissliche Flecke als erste Symptome der Affection erachtet Redner für unverlässlich.

Klotz bezweifelt die Diagnose von Pityriasis rubra, da die Hautschuppen hier hart, fest anhaftend dunkelbraun und beinahe hornig sind.

Lustgarten sagt, der Fall präsentirt sich wohl in aussergewöhnlicher Form muss dennoch als Pityriasis rubra angesprochen werden. Hiefür spricht auch die typische Hautatrophie.

Fox, G. H. stellt einen Fall von hartnäckiger Nasensyphilis vor:

Seit 12 Jahren leidet der junge Patient an einer entzündlichen, stellenweise narbigen Nase, welche trotz energischer antisyphilitischen Behandlung nicht vollkommen geheilt werden kann, wofür vielleicht eine tuberculöse Disposition des Patienten beschuldigt werden könnte.

Lustgarten sagt, dass die Eruption wohl ein syphilitisches Aussehen darbietet; dennoch als Acne varioloformis angesprochen werden sollte.

Allen behauptet, dass es sich um ein seborrhoisches Eczem auf alter syphilitischer Grundlage handelt.

Klotz glaubt, dass die hartnäckige Natur der Läsionen die Diagnose von Lues nicht nothwendiger Weise ausschliesst.

Whitehouse spricht sich im Sinne Allen's aus.

Fordyce, G. A. sieht sich veranlasst, die Ansicht Lustgarten's zu unterstützen und glaubt, dass eine mikroskopische Untersuchung den Sachverhalt klarstellen könnte.

Fox bemerkt, dass beide Ansichten dem Krankheitsbilde einigermassen entsprechen.

Jackson, G. T. stellt einen Fall von sog. Nageleczem vor:

Kurz nach einer Entbindung erkrankten die Fingernägel in einer gewissen Reihenfolge. Das Nagelbett ist angeschwollen; die Nägel selbst



erscheinen glanzlos, brüchig, länglich gerifft, wurmstichig, an den Rändern abgehoben.

Fox sagt, dass derartige Nagelveränderungen mit oder ohne Eczem in Folge von Ernährungsstörungen sich entwickeln können und hält die Bezeichnung demzufolge für unrichtig.

Allen glaubt, dass die Bezeichnung Nageleczem nicht unberechtigt ist, da die Ursachen, welche die Nagelveränderungen bedingen, an der Nachbarhaut gleichzeitig Eczem erzeugen.

Klotz sagt, dass es sich bei diesen Processen um eine pyogene Infection des Nagelfalzes handelt.

Whitehouse schliesst sich der Ansicht Fox an und empfiehlt eine tonisirende Allgemeinbehandlung.

Johnston glaubt, dass Fox nur theilweise im Rechte sei, da ein eigentliches Eczem der Nägel in Folge des Gefässmangels unbegreiflich ist, doch vermag ein an der Nachbarhaut bestehendes Eczem der Finger derartige Nagelveränderungen zu veranlassen. In Bezug auf Therapie fand Redner locale Applicationen am bewährtesten.

Jackson sagt, die Nagelaffection muss als eine Ernährungsstörung in Folge von Eczem der Nachbarschaft und nicht als Eczem der Nägel aufgefasst werden.

Piffard sagt, dass ähnliche Nagelaffectionen auch ohne jede andere Spur von Eczem am Körper auftreten können und demnach auf das ein Eczem bedingendes pathologisches Substrat basirt sind.

Allen, C. W. präsentirt einen Fall mit Nagelveränderungen:

Drei Fingernägel der rechten Hand sind in Folge einer gewöhnlichen längere Zeit bestehenden Paronychia verändert. Eczem ist nicht vorhanden.

Fox, G. H. stellt einen Fall von Nagelpsoriasis vor.

Der 60jährige Mann leidet seit 30. Jahren an fast continuirlicher Psoriasis. Seit 5 Jahren sind alle Nägel in Mitleidenschaft gezogen. Einzelne derselben zeigen eine halbmondförmige Einsenkung.

Johnston glaubt, die Affection könne sich als Trichophytosis erweisen, wofür die Entfärbung, längliche Kerbung etc. sprechen.

Jackson sagt, dass er in einem Falle, welchen er für Dystrophie der Nägel ansah, zu seiner Ueberraschung Massen von Trichophytonfungus nachweisen konnte.

Fox empfiehlt, die mikroskopische Untersuchung auf Trichophytosis niemals zu unterlassen. Doch gestattet das klinische Bild die Diagnose auf Psoriasis der Nägel zu stellen. Insbesondere sollen hiefür die weichen kalkigen Epidermis-Anhäufungen unterhalb der Nägel als charakteristisch für Psoriasis gelten. Auch fehlt bei Psoriasis das wurmstichige Aussehen. Die Streifung der Nägel ist in der Regel horizontal.

Allen, C. W. stellt einen Fall von Acne varioliformis vor: Die Läsionen zeigen den typischen Charakter. Der Fall wurde nur deshalb vorgestellt, um die Identität dieser Erkrankungsform zu rechtfertigen und von der gewöhnlichen Acne berechtigter Weise zu unterscheiden.



Morrow erwähnt, dass er in einer früheren Sitzung diesbezüglich missverstanden worden ist, denn er behauptete, dass viele Fälle der gewöhnlichen Acne als Acne varioliformis classificirt werden.

Piffard findet die Bezeichnung ganz unpassend, denn er hat noch niemals eine Acne gesehen, welche der Variola ähnlich sei.

Fordyce sagt, der Name rührt daher, dass die zurückbleibenden Narben den Pockennarben ähneln, dass jedoch die Bezeichnung Acne necrotica passender wäre. Seine mikroskopischen Untersuchungen ergaben, dass es sich um eine Microben-Infection der Haarfollikel handelt.

Allen erwähnt ähnliche Läsionen in einer behaarten Brusthaut beobachtet zu haben, jedoch niemals an haarlosen Stellen.

273. Sitzung.

Morrow, P. A. stellt einen Fall von Acne atrophica vor: Der junge Patient hat zahlreiche kleine atrophische Läsionen an beiden Vorderarmen und Oberschenkeln. Die Läsionen entstehen in Form von Knötchen um den Haarfollikeln herum; später wird das Centrum durch einen dunklen Pfropf ausgefüllt, welcher sehr langsam verschwindet und eine Narbe zurücklässt. Vielleicht ist die Beschäftigung des Patienten, der Glasschleifer ist und oft mit den feinsten Glassplittern bedeckt ist, wie auch den Schaum eines siedenden Blei-Zinngemenges zum Glaspoliren benützt, für die Entstehung der Affection verantwortlich, vermuthet Redner.

Fordyce sagt, die Läsionen erinnern ihn an das Bild der Hydroadenitis.

Klotz glaubt die Vermuthung Morrow's hinsichtlich der Aetiologie des Falles sehr plausibel, denn wahrscheinlich sind die Läsionen das Resultat einer örtlichen, nicht septischen Reizung in Folge feiner Glaspartikelchen.

Lustgarten ist geneigt den Fall für Hydroadenitis anzusehen und findet die Erklärung Morrow's nicht ganz einleuchtend, zumal nach Aussage des Patienten keiner seiner Mitarbeiter in ähnlicher Weise erkrankt sei; auch bestehe das Leiden erst seit 4 Jahren, obschon er schon acht Jahre als Schleifer beschäftigt ist. Auch ist der Glasstaub nicht heiss genug, um selbst durch die Beinkleider an den Oberschenkeln necrotische Läsionen erzeugen zu können.

Morrow behauptet bloss eine Vermuthung rücksichtlich der Aetiologie dieses Falles ausgesprochen zu haben, ohne von derer Richtigkeit überzeugt zu sein.

Fordyce erwähnt, dass der feine Glasstaub möglicherweise die Drüsenöffnungen verstopfe.

Lustgarten sagt, dass der Schaum der Blei- und Zinnmixturen keine gleichförmige und umschriebene Läsionen bedingen könnte.

Bulkley betrachtet den Fall als eine Form von Folliculitis, unbekannten Ursprunges.

Whitehouse, H. H. stellt einen Fall von Onychia vor. Der 31jährige gesunde Patient ist seit 10 Jahren bei der Fabrikation von Gefrorenem beschäftigt und muss häufig seine Hände abwechselnd hohen und kalten Temperaturen aussetzen. Die Nagelaffection begann eigentlich erst seit einem Jahre einen Nagel nach dem anderen in Mitleidenschaft ziehend. Die Zehen sind intact. Die Erkrankung beginnt mit einer halbmondförmigen dunklen Entfärbung an der Nagelseite, worauf allmälig vollständige Abbröckelung folgt. Beträchtliche Entzündung besteht durchwegs am Nagelpfalz.

Klotz sagt, diese Nagelerkrankung beruhe auf localer Reizung, wie dies auch bei Schankwirthen zuweilen zu beobachten ist.

Bulkley sagt, dass der Ursprung der Läsionen an der Nagelbasis die entzündlichen Localwirkungen als wahrscheinlichste Ursache hinstellen.

Morrow ist geneigt, die Affection als eine Theilerscheinung constitutioneller Erkrankung aufzufassen, zumal die Fingerhaut trotz der Beschäftigung des Patienten keine Veränderungen aufweist. Redner unterstützt die Ansicht Morrow's, dass der Fall syphilisähnlich erscheint.

Lustgarten sagt, er habe ähnliche Affectionen häufig bei Köchen, Küchenmädchen gesehen und betrachtet selbe als eine Infection mit oder ohne Eiter.

Whitehouse glaubt noch immer die Localreizung als ursächliches Moment annehmen zu müssen, obschon die grosse Aehnlichkeit mit Onychia syphilitica nicht zu bestreiten sei.

Morrow empfiehlt antisyphilitische Behandlung behufs Aufklärung der Diagnose.

Whitehouse, H. H. stellt einen Fall von Pruritus localis vor: Seit 8 Jahren leidet der 35jährige gesunde Mann an stellenweisem, intensivem Jucken, ohne jedwede Röthung oder Schwellung aufzuweisen. Der Patient erfreut sich einer guten Verdauung.

Morrow sagt, dass die Beschreibung und die Spuren früherer Läsionen, der bestehende Dermographismus für Urticaria sprechen.

Bronson sagt, dass ungeachtet dessen, ob eine Urticaria besteht oder nicht, eine ausgesprochene Hyperästhesie der Haut, vielleicht in Folge von Reflexwirkung, anzunehmen sei.

Fordyce behauptet, dass Urticaria factitia bei nervösen Leuten keine Seltenheit sei.

Bulkley betrachtet den Fall für Pruritus bei einem Neurotiker.

Whitehouse ist mit der Erklärung Bronson's befriedigt.

Robinson stellt einen Fall zur Diagnose vor. Der 27jährige Patient hat seit 2 Jahren einige Eruptionen von gruppirten kleinen, juckenden Knötchen gehabt. In den letzten 5 Monaten war die Haut vollständig rein. Vor 2 Wochen erhielt Patient 2·50 salicylsaures Natrium im Laufe eines Tages und kehrte nach 4 Tagen mit einer diffusen gruppirten pustulösen Eruption zurück, welche der Variola nicht ungleich schien. Robinson glaubt, dass die Diagnose zwischen Dermatitis herpetiformis und Salicyl-Exanthem schwankt.



Allen spricht sich für Dermatitis herpetiformis aus, da die kleine Menge Salicyl die Eruption wohl nicht verursacht haben konnte.

Bulkley glaubt auch, dass das Salicyl die Eruption etwa gesteigert haben mochte.

Morrow ist nicht geneigt eine Dermatitis venenata anzunehmen, weil die Eruption dem gewöhnlichen Bilde der Salicyleruption nicht entspricht.

Whitehouse sagt, die Gruppirung, Vertheilung und Rückfälle der Eruption unterstützen die Annahme von Dermatitis herpetiformis.

Fordyce sagt, dass die Salicyleruption einen mehr erythematösen Charakter darbietet.

Dillingham bemerkt, dass das Jucken auf Verabfolgung von Solut. Fowleri nachgelassen habe.

Robinson bemerkt, dass das Bild der Dermatitis herpetiformis durch die Verabreichung des Natr. salicylicum einigermassen beeinflusst wurde.

274. Sitzung.

Morrow, P. A. stellt einen Fall von Chancre double vor: Der eine Schanker befand sich an der Oberlippe, der andere genau gegenüber an der Unterlippe. Redner wirft die Frage auf, ob der Fall als Doppelinfection oder Autoinfection zu betrachten sei.

Allen, C. W. glaubt, der Schanker der Unterlippe entstand auf dem Wege der Autoinfection.

Morrow, P. A. präsentirt einen Fall von ungewöhnlich localisirten Warzen vor:

Vor einem Jahre traten die ersten Läsionen um den Nagelfalz des rechten Mittelfingers auf. Allmälig erfolgten Nachschübe an den anderen Fingern, sogar der linken Hand auch. Die Warzen sitzen in linearer Anordnung, stellenweise confluirend. Morrow spricht sich für eine parasitäre Aetiologie des Falles aus.

Allen, C. W. ist geneigt, eine Autoinoculation in diesem Falle anzunehmen und empfiehlt zur Behandlung derselben eine Mixtur von Acid. acetic. Sulphur. und Glycerin.

Morrow sagt, der Fall wäre besonders interessant wegen der merkwürdig linearen Anordnung der Läsionen. Bezüglich der Behandlung weist Redner auf die bekannte Eigenthümlichkeit der Warzen den verschiedensten Mitteln gegenüber. In dem vorliegenden Falle hat er Thuja occidentalis, 10—15 Tropfen 3mal täglich verabreicht.

Robinson erwähnt, dass er mit demselben Mittel bei einer Frau eine parenchymatöse, tödtlich endende Nephritis entstehen sah, ohne den geringsten Einfluss auf die Warzen.

Morrow, P. A. stellt einen Fall von möglicher Mischinfection, Syphilis und Tuberculosis vor.

Der Patient, ein junger Arzt, hatte im Jänner 1898 an einem mit Tuberculose — und möglicherweise auch syphilitisch behafteten Cadaver

eine Obduction vorgenommen und dabei sich inficirt. Die am linken Zeigefinger acquirirte Läsion stellte sich als ein harter Schanker heraus. Im März traten Drüsenschwellungen und Rachenkatarrh auf. Die Fingerläsion erwies sich äusserst hartnäckig. Die Endphalange wurde entblösst, das Gewebe um dieselbe schwammig, siebförmig durchlöchert, secernierend. Hierzu stellten sich Husten, Temperatursteigerung und rasche Gewichtsabnahme ein, welchen zu Folge der Patient in eine Gebirgsgegend transferirt wurde. Trotz unterbrochener antisyphilitischer Behandlung erholte sich der Patient rasch und auffällig. In der allerletzten Zeit ward die Nase angeschwollen und entwickelten sich oberflächliche Geschwüre daselbst. Morrow frägt, ob es sich hier um reine Syphilis oder um eine Combination derselben mit Tuberculosis handelt?

Klotz bemerkt, dass, obschon ein tuberculöses Element in diesem Falle ersichtlich ist, die Syphilis allein die erwähnten cachektischen Symptome hervorrufen könne, namentlich bei beharrender Quecksilberbehandlung. Zuweilen soll die Einstellung jedweder specifischen Behandlung eine sehr günstige Wirkung ausüben.

Sherwell betrachtet den Fall als reine Syphilis. Gewisse Erscheinungen scheinen ihm, in Folge längeren Spitalsaufenthaltes aufgetreten zu sein.

Morrow betont die aussergewöhnliche Beharrlichkeit der Initialläsion und die ausgedehnte Zerstörung in Folge derselben, welche zur vollständigen Exfoliation der Endphalange führte und noch immer einen entzündeten Sinus aufweist.

Sherwell, S. stellt zwei Fälle von Leucoplakia vor: Die 2 Patienten wurden nach der von Sherwell angegebenen Methode behandelt, welche darin besteht, dass die behafteten Plaques, bei Beschützung der Nachbarregion, mit concentrirtem (50%) Liqu. Hydrargyri nitratis betupft werden und die Aetzwirkung etwa nach 15—20 Minuten mittelst Natr. bicarb. so lange neutralisirt wird, bis alle weitere Aetzung unmöglich gemacht ist. Bei diesem Vorgange wird die Mundhöhle mit Watte förmlich ausgestopft und nur die Plaques behufs Aetzung isolirt. Die Heilung erfolgt oft nach einer einzelnen Application.

Bronson erklärt sich von dem Resultate überrascht, zumal diese Läsionen sich desto mehr ausbreiten, je mehr sie gereizt werden.

Fordyce sagt, er habe das Mittel in verdünnterer Form ohne besonderen Erfolg angewendet.

Allen frägt, ob derartige Reizungen an den Lippen nicht eventuell Epitheliome provociren könnten.

Sherwell erwidert, dass er zumeist die Lippen- und Wangenschleimhautplaques, seltener die der Zunge nach dieser Methode behandelt habe und dass die Nachbargewebe mit Watte am sorgfältigsten geschützt werden müssen.

Robinson, A. R. präsentirt einen Fall von Urticaria pigmentosa.



Der 23jährige Patient gibt an, seit 7 Jahren mit dem heftig juckenden Hautleiden behaftet zu sein. Im Sommer wird das Jucken oft unerträglich. Es bestehen leichte Dyspepsie und auch Verstopfung. Die Läsionen sind disseminirt, einer Roseola ähnlich aussehend, stellenweise pigmentirt. Blut- und Harnuntersuchung ergibt normale Befunde.

Allen bemerkt, dass die Knötchen in diesem Falle auf Reiz hin nicht sehr vorspringen.

Robinson weist auf den späten Beginn des Leidens, d. h. im 16. Jahre des Patienten hin.

Allen, C. W. stellt einen Fall von Lupoid (?) Acne vor.

Die junge Dame hat seit längerer Zeit eine Acne rosacea. Einzelne Knötchen an der Nase sind intensiv geröthet, enthalten keinen Eiter und haben ein lupusähnliches Aussehen.

Johnson sagt, dass dies ein Fall von einfacher Acne rosacea sei und kein lupoides Gepräge präsentirt.

Whitehouse, H. H. und Klotz bezeichnen den Fall als schwere Acne mit Seborrhoe combinirt.

Allen erwähnt, dass die Verdauung und Menstruation der Patientin normal seien.

Allen stellt einen Fall von Brustwarzen-Schanker vor.

Die Läsion trat vor 9 Wochen auf, hatte im Beginne einen chancroiden Charakter. Die Diagnose ist jedoch festgestellt durch die erfolgte Roseola-Eruption und Drüsenschwellungen der Achselhöhle.

Klotz findet die locale Induration genügend ausgeprägt.

Bronson und Fordyce stimmen mit der Diagnose überein.

Sherwell ist nicht vollständig überzeugt, dass es sich hier um Syphilis handelt, da die Induration unbedeutend und die Eruption undeutlich sei. Redner empfiehlt etwas Zuwarten.

Bronson, E. B. stellt einen Fall von Pityriasis rosea bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde vor.

Die ausgebreitete Eruption besteht seit 10 Tagen. Kein anderes Mitglied des Haushaltes ist behaftet.

Jackson, Sherwell, Allen erwähnen, sie hätten die Krankheit noch nie bei einem so jungen Kinde beobachtet.

Bronson stellt einen Fall von Erythema induratum vor. Die Eruption hat sich bei dem kräftigen, gesund aussehenden 16jährigen Mädchen vor 6 Jahren eingestellt und trägt die Charaktere des Bazinschen érythème induré des scrofuleux. Die subcutan entstehenden Läsionen sind indurirt und nehmen eine purpurartige Farbe an, indem sie sich der Haut nähern. Im Sommer tritt ein Abklingen sowohl der Induration wie auch der Farbe ein, um im Winter wieder zum Vorschein zu kommen. An einer einzigen Stelle trat Gewebszerfall und Narbenbildung ein. — Bronson weist auf die grosse Aehnlichkeit der Eruption mit syphilitischen Efflorescenzen hin.

Allen erklärt sich mit der Diagnose einverstanden.



Fordyce stimmt auch bei und erklärt, dass, wenn die Läsionen tuberculöser Natur wären, die Infection nur von einem sehr abgeschwächten Virus herrühren könne.

Johnston erwähnt, dass, wenn auch der Nachweis von Tuberkelbacillen in derartigen Fällen oder Inoculationsversuche nicht gelingen, dies darauf beruhen könne, dass die Erscheinungen das Resultat von Toxinwirkung sind.

Bronson bezweifelt die Toxinwirkung als ätiologisches Moment dieser Manifestationen; histologisch lässt sich auch kein Zusammenhang mit der Tuberculose feststellen.

Bronson stellt einen Fall von Lichen ruber vor. Die Eruption besteht bei dem alten Manne seit langer Zeit und zeichnet sich durch hypertrophische Veränderungen an einzelnen Stellen aus, besonders in der Umgebung der Sprunggelenke, wodurch das Bild einen syphilisartigen Charakter annimmt. Die allgemeine Natur der juckenden Eruption, Mangel anderweitiger syphilitischer Anhaltspunkte, charakteristische Form der Elementarläsionen unterstützen die Diagnose Lichen ruber.

Jackson, G. T. widerspricht der Diagnose und glaubt, dass die rauhe, warzige Beschaffenheit der Haut, Beschränkung der Symptome auf die unteren Extremitäten vielleicht eher in Folge von Unreinlichkeit erfolgter Keratosis pilaris entsprechen könnte.

Whitehouse glaubt, dass hier eine Pityriasis rubra pilaris vorliegt.

Fordyce betrachtet Lichen ruber planus und Pityriasis rubra pilaris für identisch. Einzelne Läsionen, sagt Redner, sehen dem Bilde des Lichen ruber hypertrophicus ähnlich.

Johnston sagt, dass das Aussehen der Läsionen, trotz ihrer Localisation, an Acanthosis nigricans erinnern.

Bronson theilt mit, dass mikroskopisch keine Pigmentanhäufung nachweisbar war und gibt zu, dass die Localisation, Beschränkung auf die Extremitäten, dem gewöhnlichen Bilde des Lichen ruber nicht ganz entsprechen.

Bronson stellt einen Fall von Erythema multiforme vor. Die seit 2 Wochen bestehende Eruption ist ausgebreitet, zumeist erythematös, mit kreisförmigen und figurirten Umrissen.

Bronson präsentirt einen Fall von Pompholyx. An der mit rothen Flecken beginnenden, später bullösen Affection der Finger und Handteller leidet der junge Patient seit Jahren.

Bronson stellt einen Fall von Knötchensyphilid vor: Ein Plaque gruppirten kleinpapulösen Syphilids besteht in hartnäckigster Weise seit 3 Jahren unterhalb der Kniescheibe bei der Patientin.

Fordyce stellt einen Fall zur Diagnose vor: Eine juckend brennende, vesiculär-bullöse Eruption trat bei der ältlichen Dame vor 3 Monaten auf. Die Läsionen sind gruppirt, auf entzündlich gerötheter Unterlage, und ähneln ihrem multiformen Charakter zufolge einer Der-



matitis herpetiformis. Patientin fröstelt zuweilen. Redner neigt sich dennoch zur Diagnose Pemphigus.

Jackson sagt, das Krankheitsbild entspricht der Beschreibung der Duhring'schen Dermatitis herpetiformis.

Klotz und Whitehouse nehmen Dermatitis herpetiformis an.

Sherwell wünscht, dass der Urin auf Zucker untersucht werde.

Bronson sagt, die Gestaltung der Läsionen lassen auf eine Combination von Dermatitis herpetiformis mit secundärem Pemphigus schliessen.

Johnston bezweifelt die Möglichkeit einer derartigen Combination.

Robinson betont die engen Beziehungen dieser zwei Processe zu einander und die günstige Wirkung von Arsen auf beide.

Fordyce bemerkt, dass solange die Grundursache beider Erkrankungen nicht erforscht ist, man wohl Uebergangsformen derselben annehmen könne. Redner glaubt überhaupt nicht, dass grosse Differenzen zwischen ihnen bestehen.

275. Sitzung.

Morrow stellt einen Fall von Lepra anaesthetica vor. Der 47jährige Patient stammt aus Bermuda, lebt seit 18 Jahren in New-York, hat jedoch in der Zwischenzeit öfters sein Vaterland besucht. — Fleckenweise Entfärbungen der Haut haben sich vor 14 Jahren am Gesichte und auch an anderen Stellen des Körpers eingestellt und seither vermehrt. Im Centrum zeigen dieselben ausgesprochene Anaesthesie. Es bestehen noch andere Merkmale einer Nerven-Lepra.

Fox stimmt der Diagnose bei.

Lustgarten weist auf den eigentlich langsamen, gutartigen Verlauf dieses Falles hin.

Dade C. T. präsentirt einen Fall von Erythema induratum. Der 42jährige, blasse Patient hatte 3 Attaquen einer schmerzlosen Knötchen-Eruption: gewöhnlich im October beginnend und bis zum Frühling andauernd. Es sind diesmal mehrere hasel- bis wallnussgrosse, röthlich-violette, teigig sich anfühlende, im Centrum Fluctuation vortäuschende, gegen die Umgebung sich unmerkbar abgrenzende Knötchen an den unteren Extremitäten sichtbar. Dieselben führten niemals zur Vereiterung oder Ulceration. Der mikroskopische Befund eines excidirten Knötchens ergab bloss die Anzeichen einer acuten exsudativen Entzündung. Antisyphilitische Behandlung hat den Zustand womöglich noch verschlimmert. Das Ergebniss der Culturversuche ist noch nicht geliefert.

Whitehouse, H. H. glaubt, dass hier subcutane Gummata vorliegen.

Fordyce, G. A. sagt, dass, wenn man auch an Lues denken müsste, die specifische Behandlung nicht die geringste Wirkung äusserte, er somit geneigt ist die Diagnose zu unterstützen.

Bronson betrachtet den Fall für ein typisches Erythema induratum (Bazin), wofür die Localisation, Charakter der Läsionen und die



regelmässigen Rückfälle sprechen. Redner gibt die täuschende Aehnlichkeit mit Syphilis zu.

Fox unterstützt die Diagnose und bemerkt keine Aehnlichkeit mit Gummata.

Dade bemerkt, dass trotz der grossen Aehnlichkeit mit Lues, wegen der Dauer, Evolution, fehlenden Reaction auf luetische Behandlung, negativen mikroskopischen Befundes des Processes, Syphilis mit Recht auszuschliessen sei. Ebenso kann Erythema nodosum wegen Mangel von Schmerz und Fieber, langer und wiederkehrender Dauer ausser Acht gelassen werden.

Fox, G. H. stellt einen Fall von Aehnlichkeit mit Scleroderma vor: Der 16jährige Patient erkrankte vor 4 Jahren mit Steifigkeit in den Gelenken der Extremitäten und gespannter Haut des Gesichtes und Körpers. Gleichzeitig erlitt Patient einen wesentlichen Gesichtsverlust. Crocker (London) diagnosticirte den Fall für Sclerodermie im Jahre 1896 und besserte den Zustand mittelst Massage, türkischen Bädern. Im Juli 1898 wog Patient bloss 83 Pf. und hatte wegen Steifigkeit der Finger grosse Schwierigkeit selbst seine Kleider zuzuknöpfen. Subjective Beschwerden ausser Hautspannung bestehen nicht. Appetit und Schlaf sind normal. Gegenwärtig ist der Zustand etwas erleichtert. Die Haut ist stellenweise dünn; in den Handtellern fettarm, durch Contraction der Fascien in Falten gelegt.

Bronson ist geneigt, eine Central-Nervenstörung hier anzunehmen, da die tieferen Gewebe stärker angegriffen zu sein scheinen, als die Haut.

Fordyce sagt, dass die nachweisbare Muskelatrophie an einen erkrankten Spinalherd ermahnt.

Lustgarten schliesst sich der letzteren Ansicht an.

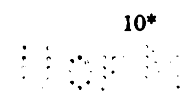
Fox sagt, er habe auch den Eindruck gewonnen, als wenn dies kein wahrer Fall von Sclerodermie wäre, zumal die Hautveränderungen weniger ausgesprochen sind.

Robinson, A. R. präsentirt einen Fall von Lupus eines Beines. Der 13jährige Patient hat unterhalb des linken Knies eine Gruppe oberflächlicher, kleinerer und grösserer Läsionen, welche vor 6 Monaten zum Vorschein kamen und sich vermehrten und vergrösserten. Die Oberhaut ist glänzend, nicht durchbrochen. Robinson erkannte den Fall für Lupus vulgaris.

Lustgarten sagt, dass, indem die klinischen Symptome des Falles nicht genug beweiskräftig sind, zur Stellung der richtigen Diagnose ein mikroskopischer Befund unerlässlich erscheint.

Fox sagt, dass das klinische Bild die Diagnose Lupus vulgaris wohl nicht rechtfertige; dennoch ist die tuberculöse Natur der Efflorescenzen zweifellos. Redner betont noch, dass Lupus vulgaris bloss als eine der verschiedenen Formen von Hauttuberculose betrachtet werden soll.

Robinson bemerkt, dass seine Diagnose auf die eigenthümliche Evolution der anfangs kleinen, tiefsitzenden, braunrothen, innerhalb sechs Monaten sich allmälig vergrössernden Läsionen basirt ist.





Fox stellt einen Fall zur Diagnose vor: Die Axilla, Vulva und Mons veneris der Patientin sind in Folge heftigen Juckens haarlos geworden und mit winzigen Knötchen besäet. Der Zustand besteht seit einem Jahre.

Morrow glaubt, dass eine Pityriasis rubra pilaris vorliegt.

Fox sagt, er habe erst an ein chronisches Eczem gedacht, durch längere Beobachtung jedoch zur Ueberzeugung gelangt, dass ein Lichen ruber oder eine Pityriasis rubra pilaris sich aus dem Zustande entwickeln dürfte.

Bronson, E. B. stellt einen Fall zur Diagnose vor: Die 29jährige, seit 13 Jahren verheiratete Patientin beobachtete seit 8 Jahren das Auftreten von kleinen, subcutanen, auf Druck empfindlichen, über dem Körper zerstreuten, einzeln oder in Gruppen, Ketten angeordneten Schwellungen. In den letzten 3 Jahren nahm Pat. 85 Pfund an Gewicht zu. Die Schilddrüse ist nicht vergrössert. Patientin ist hysterisch und kinderlos. — Bronson reiht diesen Fall zu der als Adiposis dolorosa bekannten Gruppe ein.

Lustgarten bemerkt, dass die Patientin über unregelmässige, spärliche Menstruationen und Blutwallungen sich beklagt, welche eine frühzeitige Menopause in Aussicht stellen. Die Vertheilung der Fettzunahme, Mangel von Verdickung der Lippen, Zunge, Hände und Füsse, welche als Characteristica des Myxödems gelten, sprechen nicht für eine Betheiligung der Thyreoidea. Redner schlägt Ovarin zur Behandlung vor.

Fordyce, G. A. stellt einen Fall von Joderuption mit symmetrischer Hautatrophie vor: Die Patientin nahm ein Jahr lang von 2·00 bis 4·00 Jodkali täglich. Zwei Wochen nach Aussetzen des Mittels kam ein pustulöser Ausschlag an den Extremitäten zum Vorschein. Die Läsionen befielen bloss die atrophisirten Hautpartien.

Morrow sagt, die Eruption trägt ein syphilitisches Gepräge. Auch ist es sehr zweifelhaft, dass die Joderuption nach Unterbrechung des Mittels zum Ausbruch hätte kommen sollen.

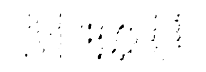
Allen schliesst sich der Ansicht Morrow's an.

Lustgarten weist darauf hin, dass die Läsionen nur die atrophischen Stellen befielen, also die widerstandsschwachen Partien. Der Charakter der Läsionen mag vielleicht parasitärer Natur sein.

Dade erwähnt, dass bei Gegenwart von Nierenstörungen das verabreichte Jodkali durch dessen diuretische Wirkung den Ausbruch von Hautläsionen verhindert; dass jedoch mit der Unterbrechung des Mittels diese diuretische Wirkung sistirt und das im Körper circulirende Jod nicht rasch genug eliminirt werden kann, somit zur Hauteruption Veranlassung gibt.

Morrow sagt, er habe noch nie das Auftreten einer Joderuption beobachtet, nachdem das Mittel längere Zeit ausgesetzt wurde.

Fordyce sagt, dass dies doch zutreffen kann, entsprechend der Erklärung Dade's.





Lustgarten sagt, er habe niemals einen derartigen Fall gesehen. — Redner erwähnt noch, dass die Jodefflorescenzen im Gegensatze zu den Bromläsionen rasch erscheinen und ebenso rasch verschwinden.

Robinson und Allen schliessen sich derselben Ansicht an.

Allen, C. W. stellt einen Fall von Nagelentfärbung vor: Der junge Färber acquirirte eine Schwärzung seiner Nägel durch häufiges Eintauchen derselben in eine Pyrogalluslösung. Seit 4 Wochen ist der Patient ohne Beschäftigung und zeigt dementsprechend einen schmalen Saum normaler Färbung an allen Nagelwurzeln. Aus früheren Erfahrungen ergab sich, dass es 3 Monate bedarf zur Abstossung der entfärbten Nägel.

Allen, C. W. stellt einen Fall von Leucoderma syphiliticum vor: Die Eruption soll in diesem Falle auf die Brust beschränkt gewesen sein. Dementsprechend ist auch die netzartige Depigmentation sichtbar.

Fox bemerkt, dass die Bezeichnung von Leucoderma syphiliticum der von Pigmentsyphilid vorzuziehen sei.

Johnston frägt, ob diese zwei Processe nicht gleichzeitig vorhanden sein könnten. Redner weist auf ähnliche Erscheinungen bei vorgeschrittener Lungentuberculose hin, wie von Fournier und Thibierge angedeutet wurde.

Fordyce sagt, dass Leucoderma beim weiblichen Geschlechte häufiger zu begegnen sei; ferner, dass die Localisation an der Brust selten ist. Redner gibt die gleichzeitige Combination von Leucoderma und Pigmentirung zu.

Dade glaubt, den vorliegenden Fall für Pigmentsyphilid ansehen zu müssen, welches von dem sog. Leucoderma, als Folge obliterirter secundärer Läsionen, zu unterscheiden sei.

Allen sagt, er habe Leucoderma, besonders bei vielen Weibern, als das einzige luetische Symptom beobachtet.

Fox bemerkt, dass Vitiligo oder Leucoderma in spontaner Form selten oder gar nie die kleinnetzige Configuration annimmt.

Bronson erhebt Einspruch gegen die Bezeichnung Leucoderma syphiliticum.

Johnston sagt, dass Fournier erklärt hätte, dass den Leucodermaplaques keine Roseola vorausging.

Fox bemerkt, dass die Erklärung Fournier's nicht immer stichhältig sei, denn in der Regel geht den Pigmentflecken eine syphilitische Eruption voraus.

Morrow sagt, seiner Erfahrung gemäss muss ein Pigmentsyphilid nicht nothwendiger Weise an Stelle einer vorausgehenden Eruption sich entwickeln. Redner erwähnt auch, dass in Folge der Pigmentverlagerung sowohl Achromie, wie auch Hyperchromie bestehen.

Bronson, E. B. stellt einen Fall von Molluscum Fibrosum vor: Der junge Mann weist zahlreiche, zerstreute Tumoren an seinem Körper auf.



276. Sitzung.

Piffard, H. G. stellt einen Fall mit multipler Keratosis der Handteller und Fusssohlen vor.

Die Affection besteht bei dem jungen Patienten so lange er sich überhaupt erinnern kann. Unter zwekmässiger Behandlung bessert sich der Zustand, entwickelt sich jedoch rasch wieder, wobei die behafteten Hautpartien eine reibeisenartige Rauhigkeit annehmen.

Klotz, H. G. erklärt, dass er bei einem ähnlichen Falle mittelst innerlicher Anwendung von Pilocarpin und äusserlicher Application von Empl. sapon. salicyl. 10% Heilung erzielte.

Sherwell, S. empfiehlt Salicyl- und Mercurial-Applicationen.

Fox, G. H. sagt, dass er bei einem viel schlimmeren Falle dieser Erkrankung mittelst 20% Salicylpflaster scheinbare Heilung erzielte.

Piffard bemerkt, dass diese Keratosisformen durch Salicyl wohl gebessert, jedoch nicht geheilt werden. Seiner Ansicht zufolge gehören dieselben wie die Ichthyosis in die Kategorie der angeborenen Hautmalformationen.

Jackson, G. T. präsentirt einen Fall von Lepra anaesthetica.

Der 22jährige Mann ist in Amerika geboren und erinnert sich keiner ähnlichen Erkrankung im Kreise seiner nächsten Angehörigen. Im Jahre 1891 hat Pat. längere Zeit unter den Indianern gelebt, auch mit einigen von deren Weibern geschlechtlich verkehrt. Im Dec. 1891 kam ein kleiner rother Fleck am Rücken zum Vorschein, welcher seither sich allmälig ausbreitete. Im März 1892 stellte sich Steifigkeit der Endphalangen der rechten Hand ein, welche in weiterer Folge zur Entstellung und Contractur derselben führte. Nach und nach kam es zur bläulich-rothen Entfärbung der Haut auch an den unteren Extremitäten und allmäliger Ausbreitung der älteren Flecke. Stellenweise war deutliche Anaesthesie nachweisbar.

Morrow weist auf die Wichtigkeit des Nachweises der Entstehung dieses Krankheitsfalles innerhalb der Grenzen der Vereinigten Staaten hin. Klinisch interessant ist das Freibleiben des Gesichtes, die asymmetrische Paralyse und Sehnencontractur der rechten Finger. Redner empfiehlt eine genaue Nachforschung der Lebensgeschichte des Patienten.

Jackson erwidert, dass die Eltern des Patienten in England geboren sind.

Morrow sagt, dass die Fälle einheimischer Lepra sich in den letzten Jahren etwas vermehrten.

Bronson, E. B. sagt, dass er sich eines Deutschen (Cassel) erinnere, der seit 30 Jahren in den Vereinigten Staaten lebt und hier leprös wurde.

Morrow erwähnt eines Norwegers in Minnesota, bei dem nach 30jährigem Aufenthalte in den Staaten die Krankheit zum Ausbruch kam.

Fox sagt, dass die Gefahr der Ausbreitung der Lepra, von den hier und dort auftauchenden sporadischen Fällen ausgehend, äusserst gering sei; mit Ausnahme der mexicanischen Grenze, woselbst Lepra endemisch begegnet wird. Redner ist überzeugt von der Heilbarkeit der Lepra, namentlich in diesem Klima, woselbst durch gesunde sanitäre Verhältnisse ein spontanes Versiegen der Krankheit begünstigt wird. Dem Ol. Chaulmoogra spricht Redner eine gewisse Heilkraft zu.

Morrow sagt, dass die Versuche mit Ol. Chaulmoogra in anderen Ländern ungünstig ausgefallen seien. Klima und verbesserte Lebensverhältnisse sind gegenwärtig die verlässlichsten Hilfsmittel. In der letzteren sind aus Mexico und Hawai Berichte über sehr wirksame Pflanzenstoffe erstattet worden.

Klotz stellt einen Fall von Fingereczem und Missgestaltung der Fingernägel vor.

Bei dem 3jährigen Jungen entwickelte sich eine kleine Eiterblase an der Nagelwurzel des linken Zeigefingers. Allmälig traten ähnliche Efflorescenzen an den anderen Fingernägeln, Fingerspitzen und sogar an den Extremitäten und dem Gesichte auf. Die erkrankten Nagelwurzeln erscheinen eingedrückt geröthet, umgeben von dem scharf abstehenden geschwollenen Nagelfalz. Der erst erkrankte Nagel ist uneben, rauh. Klotz glaubt, dass bei Fortdauer des Eczems die Nägel sich an dem Processe betheiligen werden.

Morrow sagt, dass die Nagelveränderungen dieses Falles dem gewöhnlichen Bilde des Nageleczems nicht entsprechen, da die Nagelränder fast frei sind. Redner glaubt, dass hier eine Dystrophie der Nägel auf neurotischer Basis vorliegt.

Johnston stimmt mit Morrow überein und sagt, dass wir bei dem Eczem der Nägel eher länglichen Furchungen und nich queren, wie in diesem Falle, begegnen. Es handelt sich demnach um eine Combination von Eczem der Finger mit Trophoneurose der Nägel in diesem Falle.

Fox sagt, dass man eigentlich von einem Eczem der Nägel nicht sprechen dürfte, sondern nur von einer mangelhaften Ernährung in Folge von Eczem der Finger.

Klotz gibt zu, dass es sich im Beginne nicht um ein Nageleczem, sondern um eine pyogene Infection der Matrix gehandelt hatte, welche zu derartigen Veränderungen der Nägel führt.

Klotz stellt einen Fall von angeborenem, universellen Xeroderma oder Ichthyosis mässigen Grades vor.

Die Haut des 3jährigen Kindes ist blass, trocken, rauh, von feinen, locker anhaftenden, kleienförmigen Schüppchen bedeckt. Keine Spur von Schweiss und Fettabsonderung vorhanden. Nagel und Haare normal gestaltet. An der Stirne und hinter den Ohren sind juckende Eczemplaques nachweisbar. Schwache Salicylsalbe besserte den Zustand.

Allen, C. W. präsentirt einen Fall von Epithelioma faciei. Die Anamnese ergibt mehrere Fälle von Krebs in der Familie der

Patientin, bei der eine Läsion an der Oberlippe über einer Narbe, die andere, etwas grössere, an der Stirne sitzt. Die erste Läsion hat sich vor 8 Jahren, die zweite, in der Folge einer durch ein Brenneisen erzeugten Brandwunde, vor 3 Jahren entwickelt. Die 38jährige Frau wurde schon in der verschiedensten, auch operativen Weise behandelt worden, doch trat immer Recidive ein. Allen beabsichtigt die Elektrolyse anzuwenden.

Whitehouse, H. H. zieht den scharfen Löffel und darauf folgende Paquelinisirung allen anderen Behandlungen vor.

Sherwell sagt, dass er in der Regel die Curette und nachherige Aetzung mit Quecksilbernitrat-Lösung anwendet. In der letzteren Zeit hat Redner mittelst 20% Formaldehyd-Lösung guten Erfolg erzielt.

Robinson sagt, dass er in diesem Falle die elektrolytische Behandlung verwerfen müsse, da man sich bloss auf das nackte Auge verlassend, die im Nachbargewebe und in der Tiefe unsichtbar vor sich gehenden Veränderungen übersehen müsste. Redner glaubt, dass eine gründliche Application von Arsenpasta über die Ränder der Läsionen hinaus eine Wiederkehr verhüten würde. Die Anwendung des Messers tadelt Redner im Allgemeinen.

Piffard gibt die günstige Wirkung der Arsenpaste zu, doch beklagt er die grosse Schmerzhaftigkeit derselben. In diesem Falle schlägt Redner eine ausgiebige Excision und Hauttransplantation vor, widerräth jedoch die elektrolytische Behandlung.

Robinson erklärt, dass er die Schmerzhaftigkeit der Arsenpaste durch Zusatz von Cocain aufhebt.

Jackson, G. T. bemerkt, dass die Schmerzen oft noch stundenlang nach Entfernung der Paste andauern.

Robinson erklärt, dass die Einwendung gegen die operativen Eingriffe in der dadurch oft bedingten Endstellung liegt.

Morrow empfiehlt eine gründliche Aetzung mittelst Zinkchlorid.

Bronson erwähnt, dass er bei einem ausgedehnten Epitheliom der Kopfhaut die Marsden'sche Pasta mehrmals fast schmerzlos applicirt hat und einen günstigen Erfolg erzielte.

Allen schliesst mit der Bemerkung, dass eine Läsion bereits seit 8 Jahren besteht und trotz gründlichster Curettage wiederkehrte. Redner gibt zu, dass man die krankhaften Verzweigungen mit unbewaffnetem Auge nicht bestimmen kann und dass gerade deshalb die Elektrolyse, in Folge ihrer weitreichenden Wirkung auf die Blut- und Lymphgefässe, in auserwählten Fällen, wie der vorliegende Fall, berechtigt ist.

Fox, G. H. präsentirt einen Fall von Vitiligo und Morphoea.

Seit 18 Monaten bestehen bei dem Jungen Plaques dieser zwei von einander ganz unabhängigen Processe, an der Brust, Rücken und Oberschenkeln situirt. An der Innenseite des linken Oberschenkels ist ein grösserer, warziger rother Fleck, seit der Kindheit bestehend, zu beobachten.

Johnston betrachtet diese Läsion am linken Oberschenkel für einen Naevus unius lateris und macht die nachweisbare Störung der trophischen Hautnerven für die anderen Läsionen verantwortlich.

Morrow erwähnt, dass Naevi dieser Art zuweilen spontau verschwinden.

Bronson bezweifelt die Diagnose des Naevus unius lateris, weil die Läsion juckt und sich nicht entsprechend der Nervenbahn geformt hat.

Morrow erwidert, dass diese Läsionen nur etwa in 40% der Fälle genau der Nervenrichtung folgt.

Fox schliesst sich der Diagnose Naevus unius lateris an; zieht jedoch die Bezeichnung Papilloma lineare dafür vor.

Klotz stellt einen Fall von Sclerodactylie vor.

Die eigenthümlichen Veränderungen der Endphalangen datiren seit 8 Jahren bei der sonst gesunden 34jährigen Frau. Im März 1894 waren mehrere über den Körper zerstreute, rundliche, mit silberglänzenden Schuppen bedeckte Läsionen zu verzeichnen (Psoriasis?). Gleichzeitig erschienen die Fingerenden verdickt, stellenweise mit verhornter Epidermis bedeckt und rissig. Die Nägel waren stark verkürzt, wie abgesägt und von einer verdickten, trockenen Zellunterlage abgehoben. Die Fingerspitzen waren anfallsweise schmerzhaft und gegen Kälte empfindlich. In 1899 erscheint der Zustand vieleicht noch etwas verschlimmert. Die Haut erweist sich an anderen Stellen, namentlich im Gesichte gespannt. Zuweilen geben sich Sprachbeschwerden kund.

Lustgarten, S. präsentirt einen Fall von X-Strahlen-Dermatitis.

Der junge Mann war in Mai 1898 als Verwalter der Röntgenstrahlen-Abtheilung einer elektrischen Ausstellung thätig und etwa vier Stunden lang täglich, wenn auch mit Unterbrechungen, den directen Strahlen ausgesetzt. Nach 10 Tagen schon entwickelte sich an der rechten Hand, rechten Gesicht- und Kopfhälfte eine intensive Dermatitis, gefolgt von Schorf- und Geschwürsbildung, Haarausfall und Nagelabfall. Noch im Jänner 1899 war das Geschwür nicht ganz verheilt. Lustgarten fand feuchte Applicationen vortheilhafter als die fetten.

Sherwell sagt, dass nur Leute mit einer gewissen Idiosyncrasie von den Röntgenstrahlen derart beeinflusst werden.

Bronson sagt, dass der durch die X-Strahlen erzeugte Schorf an der Haut eigentlich auf elektrische Wirkung beruht.

Allen empfiehlt die verdünnte Pikrinsäure als vortreffliches Mittel bei derartigen Verbrennungsprocessen.

Bronson erwiedert, dass die Pikrinsäure bei einer X-Strahlen-Dermatitis geradezu eine gesteigerte Reizwirkung äusserte.

Lustgarten betrachtet den von den Röntgenstrahlen erzeugten Schorf für ganz verschieden von dem gewöhnlichen Verbrennungsschorfe.

Whitehouse präsentirt einen Fall von allgemeinem Fibroma molluscum: Rasche Involution nach dem Gebrauche von asiatischen Pillen.



Der sonst gesunde und recht intelligente Mann gibt an, die ersten Geschwülstchen vor 6 Jahren an sich bemerkt zu haben, seit welcher Zeit sie an Zahl und Grösse stetig zunahmen. Die mikroskopische Textur dieser hirsekorn- bis hühnereigrossen Tumoren ergab reine Fibrome. Nach 8-monatlicher Behandlung mit asiatischen Pillen stellte sich Erweichung und Schrumpfung, später vollständiges Verschwinden derselben ein.

Sherwell glaubt, dass Arsenik auf alles jung gebildetes Bindegewebe eine gewisse Lösungswirkung ausübt und deshalb auch beim multiplen Hautsarcom berechtigt ist.

Robinson erklärt, dass ihm die sonderbare Wirkung des Arsen nicht einleuchtet und empfiehlt deshalb die Behandlung mit Arsen in diesem Falle einzustellen und das Verhalten der noch übrig gebliebenen Tumorchen zu beobachten.

Whitehouse verspricht dies und wird einen späteren Bericht erstatten.

277. Sitzung.

Johnston, J. J. stellt einen Fall von Prurigo mitis vor:

Die spärlichen Knötchen sind bei dem 4jährigen, in Italien geborenem Kinde, dem Hebra'schen Krankheitsbilde entsprechend vertheilt. Die Haut daselbst ist trocken, verdickt, stellenweise mit Kratzeffecten versehen. Die juckende Eruption besserte sich auf warme Bäder und Schwefelsalben. Johnston weist auf die Angabe White's in Boston hin, wonach diese Krankheitsform nur bei Kindern eingewanderter Ausländer zu begegnen sei.

Klotz sagt, die wenigen Knötchen an den Armen genügen noch nicht zur Stellung einer Diagnose.

Bronson sagt, die Krankheitsgeschichte, Charakter der Läsionen, deren typische Localisation und das persistirende Jucken berechtigen zur Diagnose von Prurigo mitis.

Fox, G. H. unterstützt diese Ansicht, obschon der Fall sehr milden Charakters ist.

Allen bestätigt die Ansicht, dass die Krankheit nur bei im Auslande geborenen Kindern zu verzeichnen war.

Klotz widerlegt diese Anschauung, denn er hat selber zwei Fälle von Prurigo ferox bei amerikanischen Kindern beobachtet und mehrere des milden Typus, welche aber erst im 7. und 8. Lebensjahre zur Entwickelung zu kommen scheinen.

Sherwell sagt, er habe eine Prurigo gravis bei einer 17jährigen Amerikanerin schon vor 20 Jahren der Gesellschaft vorgestellt.

Johnston erwähnt, dass Morrow einen typischen Fall von Prurigo ferox bei einem Neger im letzten Winter der Gesellschaft präsentirte.

Sherwell bemerkt, dass in seinem Falle enorm vergrösserte Inguinaldrüsen zu verzeichnen waren.

Morrow, P. A. sagt, dass im Protokolle der dermatologischen Gesellschaft wahrscheinlich viele Fälle unzweifelhafter Prurigo verzeichnet sind.

Bronson frägt, ob die Herren das Prurigo-Knötchen für den essentiellen Antheil der Erkrankung betrachten, da doch die Tendenz demselben weniger Gewicht beizulegen, nicht zu verkennen ist.

Elliot sagt, dass der wichtigste Behelf zur Diagnose von Prurigo in der Krankengeschichte liegt, denn die Eruption beginnt in der Kindheit und dauert durchs Leben fort. Die Anwesenheit der farblosen Knötchen und das Jucken kommt auch anderen Erkrankungen zu.

Klotz sagt, die Anwesenheit der charakteristischen Knötchen, nebst der bekannten Krankengeschichte sind unerlässlich zur Diagnose. Redner frägt Elliot, ob der histologische Charakter des Prurigo-Knötchen, mit ähnlichen Läsionen bei Lichen simplex, Eczema identisch sei.

Elliot erwidert, dass bisher nichts definitives hierüber bekannt sei. Redner sieht in dem Knötchen bloss ein secundäres Product der als juckenden Neurose imponirenden Prurigo.

Elliot, Behandlung des Lupus erythematosus.

Elliot berichtet über befriedigende Resultate bei Lupus erythematosus mit der von Hans Hebra empfohlenen Alkoholbehandlung.

Robinson sagt, er habe bei 3 Fällen 3-mal täglich 10 Minuten lange Applicationen, jedoch ohne Erfolg, angewendet.

Morrow sagt, er habe Erfolg erzielt mittelst einer Combination von Menthol in Alkohol und schreibt die Heilwirkung dem Menthol zu.

Allen empfiehlt den Alkohol auch bei Herpes simplex und den Acneformen.

Elliot bemerkt, dass er den Alkohol nicht als Specificum gegen Lupus erythematosus zu empfehlen geneigt sei, zumal Fälle von spontaner Heilung auch bekannt sind.

Bronson frägt, welchen Erfolg die Herren mit concentrirter Fowler'schen Lösung zu berichten hätten.

Elliot und Jackson berichten, dass dieses Mittel bloss Reizwirkung äussere.

Klotz sagt, dass die Fowler'sche Lösung in einzelnen Fällen unstreitig Besserung bedingte.

Sherwell schreibt die günstige Wirkung derselben dem Umstande zu, dass das Arsen in Alkohol aufgelöst sei.

Johnston erwähnt, dass Unna fettige Applicationen bei Lupus erythematosus widerräth.

Elliot sagt, dass dieselbe Suggestion auch bei anderen Hauterkrankungen am Platze sei.



Johnston, Behandlung der Trichophytosis der Nägel.

Redner wünscht über die äusserst günstige Wirkung einer gesättigten Jod-Jodkali-Lösung bei einem Falle dieser Affection zu berichten. Die Diagnose war auf den mikroskopischen Befund gestützt.

Berk (New-York).

(Nach dem Journal of cutan. and genito-urinary diseases. Januar-Sept. 1899.)

Buchanzeigen und Besprechungen.

Festschrift gewidmet J. Neumann. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Herausgegeben von seinen Schülern Ehrmann, Finger, Löwenbach, Matzenauer, Rille. Mit zahlreichen Abbildungen und Tafeln. Franz Deuticke, Leipzig und Wien. 1900.

Wie schon früher in diesem Archiv mitgetheilt wurde, haben sich eine Reihe von Schülern und Collegen von Hofrath Prof. Neumann vereinigt, um demselben aus Anlass seines 25jährigen Professorenjubiläums ausser verschiedenen anderen Ehrungen am Jubiläumstage auch eine Festschrift zu überreichen. Diese Festschrift liegt uns nun in einem stattlichen Bande vor. Das vorzüglich ausgestattete Werk, geziert mit dem wohlgetroffenen Portrait des Jubilars, enthält Einzelabhandlungen aus fast allen Gebieten der Dermatologie und Syphilidologie von Autoren, deren Name für die Gediegenheit ihres Inhaltes bürgt. Es ist unmöglich an dieser Stelle auch nur in eine theilweise Würdigung dieser Arbeiten einzugehen, es wird vielmehr Aufgabe der Redaction dieses Archivs sein, über jede einzelne Mittheilung entsprechend ausführlich zu berichten und sie so innerhalb des Rahmens unseres Berichtes über die Fortschritte auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten zur Kenntniss der weitesten wissenschaftlichen Kreise zu bringen und eingehend zu würdigen. Um jedoch schon heute einen Einblick über die Vielseitigkeit und Mannigfaltigkeit des Materiales zu geben, welches in der Festschrift aufgespeichert wurde, können wir es uns nicht versagen, den Inhalt des Werkes in extenso anzuführen.

Allen Charles Warrenne, Recent Clinical Observations upon Tinea Versicolor. Mit 4 Abbildungen. Amicis Tommaso de, Papilloma neurotico zosteriforme bilaterale negli arti inferiori. Mit 3 Abbildungen und Tafel I. Besnier Ernest, Sur la prédisposition et la diathèse dans l'eczéma. Breda Achille, Reperto istologico di una nuova varietà (frambaesioide) di eritema essudativo. Mit 3 Abbildungen. Brocq L., Le bleu de méthylène dans les eczémas. Campana Roberto. I prodotti di protezione di alcune glandole e gli effetti di essi, indiretti e diretti, sulla cute. Caspary, Zur Frühbehandlung der Syphilis. Chamaïdes Hans, Zur Klinik des syphilitischen Milztumors. Chiari H., Zur Kenntniss der sogenannten Holzphlegmone. Chrzelitzer, Ein Fall von Pankreatitis luetica. Colombini, P., Contributo allo studio della Trichomycosis palmellina di Pick. Mit Tafel II. und III. Delbanco Ernst, Ein amerikanischer Fall von Mycetoma pedis. Eine neue Strahlenpilzart. Mit



Tafel IV. Ehrmann S., Zur vergleichenden Anatomie der Lichenoiden und der Lichenformen. Mit Tafel V. Elsching A., Irisveränderung bei Xeroderma pigmentosum. Finger E., Zur Immunität der Schweissdrüsen gegen Eitercoccen. Mit Tafel VI. Freund, siehe Schiff. Geyer, L., Das Jodalbacid und seine Verwendbarkeit in der Syphilistherapie. Glück L. und G. Kobler, Zur Kenntnis der Kehlkopfsyphilis. Grouven Karl, Die Behandlung der Gonorrhoe mit 20proc. Argonin. Grünfeld Josef, Die Endoskopie der Harnröhre und Blase als Unterrichtsgegenstand. Mit 3 Abbildungen. Hallopeau H., Contribution à l'étude des divers modes de prolifération locale dans les dermatoses infectieuses. Mit Tafel VII und VIII. Halpern Jacob, Zur Frage über den reflector. Einfluss der chron. Reizung des Harnblasenhalses auf die Nieren. Haslund Alex., Ueber die Reinfection bei Syphilis. Heller Julius, Ueber idiopathische Hautatrophie. Mit 3 Abbildungen. Herzfeld Karl, Ueber die operative Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Hochsinger Carl, Die hereditäre Nasensyphilis der Neugeborenen und Säuglinge. Mit 2 Abbildungen. Jacquet L., Action de la pilocarpine sur les muscles lisses de la peau et l'excrétion sudorale. Jadassohn J., Mastdarmgonorrhoe in Folge von Incision eines gonorrhoischen Pseudoabscesses. Jesionek Albert, Ein Fall von Jododerma tuberosum. Mit 5 Abbildungen. Joseph Max, Ueber Naevocarcinome. Mit Tafel IX. Jullien J., Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée, sans accident initial. Kobler G. Siehe Glück. Kreis E., Ueber die Verdunstung des Quecksilbers und deren Bedeutung bei der Einreibungscur. Mit 10 Abbildungen. Lion Victor, Zur Statistik der tertiären Syphilis. Lochte und Thost, Die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiode der Syphilis (in 2 Theilen). Loeb Heinrich, Ueber eigenthümliche Krystalle (von Ammonium-Magnesium-Phosphat?) im Urethralsecrete. Mit 2 Abbildungen. Löwenbach Georg, Ueber spitze Condylome der Lippen- und Mundschleimhaut. Mit Tafel X. Manasseïn M., Zur allgemeinen Therapie der Hautkrankheiten. Matzenauer Rudolf, Impetigo contagiosa. Mit Tafel XI bis XIV. Matzenauer Rudolf, Beitrag zur Kenntniss des Xeroderma pigmentosum. Müller G. J., Kritisches und Eigenes zur Behandlung der Syphilis. Nékám L. A., Wege der Vertheidigung der Haut gegen Autointoxication. Neuhaus M., Syphilidologische Beiträge. Nobl G., Zur hypodermatischen Jodtherapie luetischer Spätformen. Notthafft Albrecht Frhr. v., Ueber die Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber Infectionen durch Erkrankungen der Haut und der Harnwege. Petrini de Galatz, Un cas de stigmates hérédo-syphilitiques et de syphilis acquise chez le même individu. Mit 1 Abbildung. Pezzoli C., Ueber Paraurethritis gonorrhoica. Mit Tafel XV. Pick F. J., Ueber Melanosis lenticularis. Mit Tafel XXIII. Pospelow A. J., Zur Casuistik der mit Arsen behandelten primären Hautsarcome. Mit 1 Abbildung und Tafel XVI und XVII. Preindlsberger Josef, Urologische Beiträge. Mit 1 Abbildung. Ravogli A., Duhring Disease in reference to other Bullous Eruptions. Mit 10 Abbildungen. Raymond Paul, La streptosyphilis. Rille J. H., Bedeutung und Ziele des dermatologischen Unterrichtes. Róna S., Beiträge zur Lehre der Mycosis fungoides. Mit 3 Abbildungen. Rosenthal O., Die Excision der Sklerose. Schiff Eduard und Freund Leopold, Weitere Beiträge zur Radiotherapie. Schlesinger Hermann, Zur Lehre von den multiplen Hautnervenaffectionen, zugleich ein Beitrag zur Klinik der Meralgia paraesthetica. Scholtz W., Ueber die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfilamente bei Urethritis nach Gonorrhoe mit specieller Berücksichtigung des Culturverfahrens. Schulze Bernhard, Reinfectio syphilitica. Schuster Ludwig, Mercureinreibungen und Mercureinathmungen. Thibierge Georges, Sur la phlébite syphilitique secondaire précoce.



Thost siehe Lochte. Tommasoli Pierleone, La Sifilide e la Decadanza del Secolo XVII°. Török Ludwig, Zwei Fälle von Sarcoma idiopathicum multiplex. Mit 2 Abbildungen. Ullmann Karl, Histologischer Beitrag zum Yemen-Geschwür (Plaque de Yemen), nebst Bemerkungen über die Begriffsbestimmung und die geographische Verbreitung der „Orientbeulen". Mit Tafel XVIII und XIX. Unna P. G., Ein Fall von idiopathischer, diffuser, progressiver Hautatrophie. Mit Tafel XX und XXI. Weiss Otto v., Zur Pathologie der Kraurosis vulvae. Mit 1 Abbildung. Welander Edvard, Einige Worte über die Mercolintschürze. Werler Oscar, Ueber Periurethritis gonorrhoica. Mit Tafel XXII. Winkler Ferdinand, Die Elektrotherapie in der Dermatologie. P.

Varia.

Kaposi-Jubiläum. Am 23. October l. J. wurde im Hörsaale der Wiener dermatologischen Klinik ein solennes Fest gefeiert. Es galt der Ehrung des Vorstandes dieser Klinik, Hofrath Prof. Kaposi, aus Anlass der Vollendung seiner 25jährigen Professorenthätigkeit.

Es hatten sich zu diesem Zwecke Vertreter des Unterrichtsministeriums, der Statthalterei, des Professorencollegiums, der wissenschaftlichen Vereine und Corporationen Wiens, der Directionen und der Primarärzte des allgemeinen Krankenhauses und der anderen Wiener Krankenanstalten, Collegen und Freunde des Jubilars sowie zahlreiche Studenten eingefunden.

Dem Jubilar wurden von den Anwesenden lebhafte Huldigungen dargebracht, von inländischen und ausländischen Collegen waren äusserst zahlreiche Begrüssungen und Glückwünsche eingelaufen.

Dem Gefeierten wurde eine von hervorragenden Dermatologen des In- und Auslandes, sowie von den älteren und jüngeren Schülern desselben herausgegebene Festschrift überreicht, die als Ergänzungsband dieses Archivs erscheint.

Die Redaction hat in einer diese Festschrift einbegleitenden Widmung dem Jubilar auch im Namen der gelehrten Mitarbeiterschaft dieses Archivs, sowie im eigenen Namen die wärmsten Glückwünsche ausgesprochen und wiederholt dieselben auch an dieser Stelle herzlichst.

Deutsche dermatologische Gesellschaft. Die beim internationalen Congress in Paris anwesenden Mitglieder der D. D. G. haben am 8. August eine Versammlung abgehalten, in welcher die Frage der Zeit und des Ortes des nächsten Congresses der Gesellschaft besprochen wurde. Von mehreren Mitgliedern wurde Breslau vorgeschlagen und da



sich Herr Neisser bereit erklärte, die Lasten eines Congresses zum zweiten Male auf sich nehmen zu wollen, fand dieser Vorschlag ungetheilten Beifall. Es wurde besonders dabei betont, wie sehr sich die Mitglieder freuen würden, durch Abhaltung des Congresses in Breslau, gerade im jetzigen Moment, dem Collegen Neisser den Ausdruck ihrer Hochschätzung und Verehrung beweisen zu können.

Der Vorstand der D. D. G. hat über diesen Antrag eine schriftliche Abstimmung eingeleitet, über deren Resultat wir seinerzeit berichten werden.

Berichtigung zu meiner Abhandlung „Zur Anatomie der Scabies" in Bd. LIII dieses Archiv.

Seite 316 von oben zweiter Absatz, 5. Zeile statt Taf. X — Tafel XI. 3. Absatz, 3. Zeile von oben statt Tafel XII — Tafel XI Fig. 2. Derselbe Absatz, 3. Zeile von unten statt Tafel X — Tafel XI. — Seite 318, 4. Zeile von unten statt Tafel XI — Tafel XII. Seite 324, bei Taf. XII Fig. 6 soll es heissen statt „Milbenhöhle" der der Milbenhöhle angrenzende Theil des Milbenganges. Auf derselben Seite bei Taf. X Osmiumpräparat wäre noch anzuführen: Schnitte nur durch die Hornschicht. Fig. 1 und 2 Beginn von Milbengängen, Fig. 3, 4 und 5 weitere Serienschnitte bis zum Endpunkt des Milbenganges mit getroffenen Milben. a) End-, b) Mittel-, c) Basalschicht der Hornschicht.

Dr. Ad. Schischa.

Originalabhandlungen.



Aus dem Privat-Laboratorium des Prof. Dr. S. Ehrmann in Wien.

Zur Histopathologie des Lupus erythematodes und der elastischen Fasern.

Von

Dr. **P. H. Schoonheid,**
Amsterdam.

(Hiezu Taf. X u. XI.)

Die ursprünglich im Jahre 1845 zuerst von Hebra als Seborrhoea congestiva und später 1851 von Cazenave als Lupus erythemathodes gekennzeichnete Krankheit ist im Laufe der Jahre von mehreren hervorragenden Autoren näher studirt worden und hat sich, wie Jadassohn sagt, seitdem das Bürgerrecht in der Dermatologie erworben. — Im Laufe der Zeit sind die verschiedensten einander oft widersprechenden „herrschenden" pathologischen Anschauungen über dieselbe entstanden und es wird wohl jedermann, der sich näher mit dieser Frage beschäftigt, wundern, dass in der grossen Reihe einschlägiger grundlegender Arbeiten über diesen Gegenstand so wenig Uebereinstimmung besteht. Neben dem mehr allgemein üblichen Namen sind von den betreffenden Autoren andere Bezeichnungen, um das Wesentliche des Processes besser zu deuten, in der Literatur aufgestellt worden. Als solche führen wir an: Erythema lupinosum (Veiel), Scrophulide érythémateuse (Hardy), Erythème centrifuge symmétrique (Brocq), Vespertilio (Balmanno Squire), Lupus seborrhagicus (Volkmann), Lupus superficialis (Thomson Parkes), Dermatitis glandularis erythematosa (Morison), Ulerythema centrifugiam (Unna).



Lediglich seiner klinischen Beobachtung nach schlug Hebra damals vor, die in Rede stehende Krankheit Seborrhoea congestiva zu nennen. — Wegen der erweiterten Follikelmündungen und der an der Unterseite der Schuppen sich darstellenden zapfenförmigen Fortsätze von Epidermis wurde daher von ihm die Talgdrüsen als Ausgangspunkt der Affection hingestellt. Nachdem Neumann, Kaposi und Geddings thatsächlich mikroskopisch solche Veränderungen nachgewiesen haben und besonders von Kaposi auch klinisch den Zusammenhang mit localer Seborrhoea nach Variola festgestellt wurde, waren solche Befunde eine Bestätigung der klinisch gewonnenen Anschauungen Hebra's.

War schon eine Beobachtung von Neumann[1]) im Jahre 1869 so mikroskopisch, wie klinisch wegen der vorhandenen Localisation an den Flachhänden nicht im Einklang mit der Annahme eines solchen Ausgangspunktes der Erkrankung, so waren es erst spätere Untersuchungen Geber's (1878), welche die Drüsenaffectionen als secundär und nebensächlich betrachten und den Ausgang des Processes in den in seinen Elementen alterirten Gefässen des Papillarkörpers und des Coriums localisiren.

Von Kaposi, Geber, Schütz u. A. werden ausser dem Lupus eryth. der Schleimhaut des harten Gaumens, der Wangen und des Zahnfleisches beschrieben und solche Fälle haben sich seitdem in der Literatur vermehrt. So ist die Rolle der Talgdrüsen ganz in den Hintergrund gerathen und es gibt Autoren, wie z. B. Wolff, welche die pathologischen Veränderungen beim Lup. eryth. als specifische Alterationen leugnen, und mit denen bei entzündlichen Vorgängen der Haut in eine Linie stellen. — Allerdings bemerkte dieser Autor nebenbei, dass die infectiöse, bacilläre Natur der Krankeit ihren klini-

---

[1]) In dieser Arbeit sagt Neumann, „dass offenbar bei der in Rede stehenden Krankheit nicht in allen Fällen die Drüsen den primären Kranhheitsherd abgeben müssen, vielmehr könnten Entzündungsproducte, welche in und um die Haar- und Haarbalgfollikel vorkommen, auch secundär aufgetreten sein". Nur meinte Neumann damals, dass der Lup. eryth. eine diffuse Entzündung darstellt, welche in den meisten Fällen den Drüsenapparat zuerst ergreift.

schen Erscheinungen nach für ihn zweifellos ist. — Die meisten Autoren stehen heute auf dem Standpunkte Geber's, indessen wird die Rolle der Talgdrüsen, wo sie vorhanden sind, auch wenn sie erst secundär mit afficirt werden, nicht geleugnet. — Unserem Befunde nach muss man in manchen Fällen, wie wir später näher erläutern werden, immerhin eine solche Mitbetheiligung anerkennen. Ob solche Fälle immer dem von Leloir sogenannten Lupus acnéique angehören, können wir schwer beurtheilen, weil die verschiedenen Formen so continuirlich in einander übergehen, dass man unserer Meinung nach sie als besondere Formen kaum betrachten darf.

Zur histologischen Untersuchung haben wir Hautstücke aus der Gesichts-, resp. Bart-, Wangen- und Nasengegend, aus der Rücken-, Nacken- und Stirngegend in verschiedenen Flüssigkeiten gehärtet, nämlich in Alkohol, Formol, Müller'scher und Flemming'scher Flüssigkeit verwendet.

Elf Fälle sind aus dem Ambulatorium des Hrn. Doc. Dr. Ehrmann und ein Fall aus der Klinik des Herrn Hofraths Neumann, den mir Herr Assistent Dr. Matzenauer liebenswürdigerweise überlassen hat. Sämmtliche zeigten die verschiedenen Entwicklungsstadien des Lupus erythemathodes. In Uebereinstimmung mit der zuerst von Geber angegebenen Thatsache, dass der Ausgangspunkt des Krankheitsprocesses an den Gefässen zu localisiren ist, fanden wir im Anfang die umfangreichsten und dichtesten Infiltrate um den subpapillären Gefässen und meinen demnach den Beginn insbesondere an jenen Gefässen suchen zu müssen. Geber sagt, dass der Process seinen Ausgang nimmt von den in seinen Elementen alterirten Gefässen des Papillarkörpers und des Coriums, resp. die in der oberen Cutisschichte gelegenen Capillare, ohne näher zu präcisiren, welche Gefässe am frühesten solche Veränderungen zeigen.

Nach Miethke soll die Infiltration zuerst um die papillären Gefässe auftreten, Morison sieht die ersten Entzündungserscheinungen um die Gefässe, die in und rings um die Drüsen verlaufen und von da aus den Drüsengängen und Haarfollikeln entlang weiter zu der Papillarschicht schreiten. Bei Unna, Schütz, Jadassohn findet man keine näheren Angaben bezüg-

lich des ersten Gefässinfiltrates. Wir betonen diesen Streitpunkt deshalb, weil es sich um die wichtige Frage handelt, ob die Entzündungserscheinungen von den oberflächlichen Capillaren in die tieferen sich fortsetzen oder umgekehrt in dem Sinne Miethke's.

An Präparaten von Anfangsstadien von z. B. Fall IX und XI finden wir die Infiltration von den subpapillären Gefässen ausgehen und an die papillären und tieferen Gefässe weiterschreiten? Die Ausdehnung des Infiltrates auf die tieferen Gefässe muss ziemlich schnell vor sich gehen, weil schon im Beginn eines Lup. eryth. alle Schichten der Haut bis in die Tiefe, wenn auch in abnehmender Julenrete an der Erkrankung theilnehmen. Dieser Befund ist im Einklang mit den Angaben von Geber, Kaposi, Buri, Jadassohn, Morison, aber nicht mit denen von Veiel und Leloir. In einem unserer Fälle sahen wir in einem solchen Anfangsstadium schon eine, wenn auch geringe Infiltration um die Gefässe der Subcutisschichte. Erst in letzter Linie zeigen sich dichtere Infiltrate auch um die Drüsen, resp. um die sie umspinnenden Gefässe. Allmälig wird das herdweise Auftreten des Infiltrates an den Gefässen mehr deutlich, so dass man mikroskopisch von einer Art knotenförmiger Infiltration sprechen könnte, und nicht selten wird man das Gefäss, resp. eine Talgdrüse oder einen Follikel bald paracentral, bald nur ganz einseitig in einem solchen Infiltrate eingebettet sehen. Wir können dem Befunde Leloir's nicht beistimmen, der die Zellenansammlungen als typisch diffus bezeichnet, sie localisirt zwischen der Epidermis und den horizontalen Gefässen. Wir haben zwar an unseren Präparaten neben dem herdweisen Auftreten des Infiltrates Partien von diffuser Infiltration gesehen, so dass man stellenweise kaum die Grenzen der Retezapfen, Follikel und Gefässe zu erkennen vermochte, aber in keinem unserer Präparate die Entzündung ausschliesslich nur zwischen den von Leloir bezeichneten Schichten localisirt gesehen.

Allerdings erschien an unseren Präparaten ein solches diffuses Auftreten dadurch bedingt, dass eine Wucherung der Cutis durch Proliferation ihrer Zellen in Folge des entzündlichen Reizes an dem Process betheiligt ist.



Das Infiltrat besteht aus Elementen, welche dem Bindegewebe entstammen und aus Rundzellen, resp. mononucleären Leucocyten. An einzelnen Stellen, besonders in der Nähe der Epithelzapfen und der Follikel kommen auch polynucleäre Leucocyten vor, welche ausserdem auch noch in die Retezapfen und Haarscheiden eingewandert sind, wenn wir auch grosse, 2—4 kernige Zellen einigemale gesehen haben. Riesenzellen waren niemals vorhanden, Kerntheilungsfiguren sahen wir selbst an den in Flemming'scher Flüssigkeit gehärteten Präparaten nie. Sie sind jedoch von Miethke, Leloir, Geber u. A. beschrieben worden. Nach Jadassohn sind Mitosen, obgleich ihr Vorhandensein bei der Chronicität des Processes selbstverständlich ist, sehr selten, wie auch Schütz angibt, und demnach meint Jadassohn, sind sie für die Entscheidung über die Abkunft der Zellelemente auch beim Lup. eryth. nicht zu verwerthen.

Wir können Jadassohn darin beistimmen, dass unserer Untersuchung nach Plasmazellen, d. h. protoplasmareiche Rundzellen, die nicht nur grösser wie Rundzellen sind, sondern auch nicht selten polygonale Formen zeigen, sich mit Methylenblau stärker färben und einen bläschenförmigen blauen Kern zeigen, in geringer Zahl gefunden werden, allerdings nie in dem Mass, dass man mit Unna von einem Plasmom reden könnte. Nach Unna findet man ein solches Plasmom bei ganz frisch entstandenen Efflorescenzen, solchen von nur 2 Mm. Durchmesser und es soll in der Eigenheit dieses Processes liegen, dass die Plasmazellen sehr bald einer specifischen Atrophie unterliegen.

In späteren Stadien wird man sie nur in den peripheren jüngeren Herden unverändert finden. Zum Unterschied von dem syphilitischen Plasmom wird von Unna besonders das Vorkommen mehrkerniger Zellen und Riesenzellen bei dem letzteren hervorgehoben. In dieser Weise unterscheidet es sich auch von dem Lupus vulgaris plasmom.

Von Geber werden ebenfalls in jüngeren Infiltrationsherden oder in den Grenzpartien der Schnitte neben Rundzellen eine ansehnliche Anzahl von ovalen und spindelförmigen Zellen beschrieben. Ausserdem wird von Unna als Hauptunterschied von den sonstigen Plasmomen und von seinen anderen Ulery-

themen die „centrale Canalisirung“ genannt, welche schon in den kleinsten Herden beginnt und mit der Vergrösserung der Herde wächst, demnach nicht als ein Symptom der retrograden Metamorphose gedeutet werden kann.

Wir müssen nach unseren Präparaten wiederum Jadassohn beistimmen, dass von einem regelmässigen oder auch nur häufigen Vorkommen dieser centralen Canalisirung, d. h. einer enormen Erweiterung der Saftspalten und Lymphgefässe innerhalb der Herde,[1]) so dass man es hier als Charakteristicum gelten lassen könnte, kaum die Rede sein kann.

Unna spricht daher hier von feuchten Plasmomen. Jadassohn meint, es wäre kaum möglich, dass solche markanten Veränderungen allen Autoren, auch den modernsten, Leloir, Schütz u. A., hätten entgehen können. Wir haben nur in einzelnen Fällen das Infiltrat von zahlreichen lichteren Stellen durchsetzt gefunden, in welchen die Zellen viel weniger dicht gelagert waren, so dass bei schwacher Vergrösserung der Schein eines Lückensystems erweckt wurde. Nach Geber findet sich zwischen den Infiltrationszellen ein feines Reticulum. Die meisten Autoren sind der Meinung, dass die Zellen des Infiltrates einen embryonalen Charakter zeigen, ohne Fortentwicklung zu höheren Stadien. Insbesondere wird es von Leloir und Auspitz behauptet, weshalb der Letztere den Lup. erythem. zu der ersten Classe seiner Chorioblasten, nämlich den „Granulomen“ zählt. Der Befund von Mastzellen war in jedem Stadium der Krankheit und bei verschiedenen Färbungsmethoden unserer Erfahrung nach sehr inconstant. Nebenbei sei bemerkt, dass man bei der einfachen Färbung mit Löffler'schem Methylenblau ebenso schwer wie mit polychromem Methylenblau und nachträglichen Entfärbung in Unna's Glycerinäthermischung oder bei der Ehrlich'schen Färbung mit Dahlia, Alaun, Carmin, die Mastzellen hervortreten sieht. Ebenfalls sieht man dann vereinzelt Degenerationsvorgänge an den Infiltratzellen, „die sogenannte Russel'sche Degeneration“. Nach Unna sollen die Mastzellen beim Lup. eryth. eine ungewöhnliche Kleinheit,

[1]) Unna spricht sogar von einem darmähnlich gewundenen Röhrensystem. Die Röhren sind aber weder regelmässig cylindrisch noch von einem continuirlichen Endothel ausgekleidet.



Abrundung und Tingibilität zeigen. In einzelnen Fällen fanden wir das bestätigt, konnten aber nicht constatiren, ob sie bei der Abheilung des Processes sich wieder vermehren und ihre normale Gestaltung und Tinctionsfähigkeit zeigen.

Erwähnenswerth ist in unseren Präparaten der Befund von grossen Zellkernen, ähnlich den Kernen von Epithelzellen mit undeutlichem Protoplasma, aber deutlicher Färbung der Nucleolen und des körnigen oder gerüstförmigen Chromatins. Diese Kerne färben sich bei den gewöhnlichen Kernfärbungsmethoden, treten aber bei der Weigert-Beneke'schen Färbung (modificirte Fibrinfärbung) und bei der Methylenblau-Tanninmethode nach Unna deutlicher hervor.

Hat man bei der Weigert'schen Methode die Vorfärbung mit Lithioncarmin gemacht, dann sind Nucleoli und Chromatin violett und der Kernkörper roth wie die Kerne der Infiltrationszellen gefärbt. Nur bei Färbung mit Kresyl-echt-violett zeigen sie einen Protoplasmamantel. Diese Kerne haben keine bestimmte Anordnung und liegen wie zerstreut in den verschiedenen Schichten der Haut, ab und zu auch in der Epidermis. Ob sie mit Degenerationsvorgängen der Zellen in Zusammenhang zu bringen sind, können wir nicht behaupten. Von welchen Zellen sie herstammen, welche Bedeutung sie überhaupt haben, ist uns unbekannt. Am nächsten liegt es, sie mit den Mastzellen in Verbindung zu bringen. Aehnliche Beobachtungen konnten wir in der Literatur nicht finden, weshalb wir sie auch in Abbildung geben. (Fig. 6.)

In den Fällen mit herdweisen Infiltraten und auch schon in jenen Fällen, welche noch den Beginn des Processes zeigen, sieht man neben den bedeutend erweiterten Gefässen des Papillarkörpers eine Schichte, die an die Basalzellenschichte grenzt, von einer ungewöhnlichen Homogenität und Durchsichtigkeit, stellenweise zusammengeballt, welches Aehnlichkeit mit mucinös entartetem Gewebe zeigt. Mit einem Worte das Gewebe hat hier ein gequollenes Aussehen. In den nach von Gieson gefärbten Präparaten sieht man diese Schichte mit Säurefuchsin wie das übrige Collagengewebe gefärbt.

Offenbar handelt es sich hier um eine seröse Durchtränkung des Gewebes, ein Oedem desselben. In geringerem Masse



tritt in späteren Stadien das Oedem auch in dem übrigen Collagengewebe auf. Unna sah dieselbe Beschaffenheit des Infiltrates, die wir aber nicht in dem gleichen Mass constatiren konnten.

Ausser der schon oben erwähnten bedeutenden Erweiterung des Lumens, wodurch die Papillarschlingen deutlich hervortreten, findet man noch folgende Veränderungen an den Gefässen.

Wir fanden an unseren Präparaten, besonders wenn sie sofort nach der Excision in Formol 10% (4 St. lang) gehärtet waren, prall gefüllte Blutgefässe, wie auch Kaposi, Geber, Schütz u. A. nachgewiesen haben, ohne besondere Veränderung ihrer Wandelemente und es fiel nur der Gegensatz des weiten Lumens gegenüber der dünnen Wand besonders auf. Unsere negativen Befunde an den Gefässwandelementen sind in Uebereinstimmung mit denen Unna's, aber nicht im Einklang mit denen Leloir's. Insbesondere der letztere Autor beschreibt wie Geber eine Proliferation der Gefässe, welche einen embryonalen Charakter haben und ein Endoangitis obliterans („un certain nombre d'entre ces vaisseaux sout en outre le siége d'endocapillarites et d'endovascularites obliterantes").

Geber scheint ähnliche Veränderungen an den Gefässen wie Leloir gesehen zu haben; er sagt wenigstens, dass man an den starren glänzenden Wandungen eine segmentartige Wölbung der Endothelanlage gegen das Lumen hineinragen sieht und stellenweise eine leichte bucklige Hervorwölbung als Residuum des gewesenen Wandelementes beobachten kann.

Ebenso beschreibt Miethke erst Hervorwölbungen in das Gefässlumen durch bedeutende Anschwellung der Wandelemente mit späterer Degeneration der Endothelzellen. Ausserdem fand Leloir hier und da hämorrhagische Herde.

Von Kaposi sind solche Hämorrhagien innerhalb des Bindegewebes des Coriums beschrieben, dass es bei einer solchen Füllung und dünnen Wand der Gefässe nicht Wunder nehmen kann. Thromben in den Blutgefässen in dem Sinne Boeck's, Holder's, Petrini's (welcher ausserdem von Sclerosirung der Gefässe spricht), haben wir nicht nachweisen können.

Es wäre übrigens leicht zu erklären und kaum auszuschliessen, wenn die von den Autoren beschriebenen Gefässwandveränderungen sich wirklich darböten. Nach Boeck werden die Gefässe manchmal sogar obstruirt durch Proliferation der Wandelemente. Was die Proliferation der Gefässe anbelangt, so wie sie von Geber und Leloir beschrieben sind, so können wir sie nur mit Bestimmtheit in unserem Fall von Lupus pernio (Fall IV) bestätigen. Aber auch in diesem Fall waren wohl varicös erweiterte Gefässe, so dass man es stellenweise mit einem Corpus cavernosum vergleichen könnte, vorhanden, ebenfalls ohne Veränderungen an den Elementen der dünnen Wand. Das Endothel war hier nur abgeflacht und länglich. In solchen Fällen scheinen die Gefässveränderungen schon früher dagewesen zu sein. Diese Veränderungen an den Gefässen werden nicht nur in den der Papillarkörper oder der reticulären Schichte gefunden, sondern auch an den die Talg- und Schweissdrüsen umspinnenden Gefässen.

Wie wir oben schon erwähnten, ist die Infiltration um die Drüsen eher als eine um ihre Gefässe zu deuten. Wir sahen nicht selten unveränderte Talg- und Schweissdrüsen von einer Infiltration umgeben und nicht selten nur an der Seite der betreffenden Drüse, wo ebenfalls ein nebenbei liegendes Gefäss getroffen war. Wir erwähnten schon die Befunde Neumann's, welcher zuerst die Anschauung vertrat, dass die Erkrankung der Talgdrüsen nicht immer den Ausgangspunkt des Processes bildet, sondern lediglich als eine Begleiterscheinung aufzufassen ist. Neumann sagte daher im Anschluss an den Fall von Lup. eryth. an den Flachhänden, dass die Talgdrüsen und Haarbälge, wo sie vorkommen, mit ergriffen sind. Dass eine solche Thatsache zu einer wirklichen Hypertrophie der Talgdrüsen führen kann, konnten wir an einem Fall von Lup. eryth. der Nasenspitze nachweisen. In diesem Fall (Fall VII) war die besondere Mitbetheiligung der Talgdrüsen an dem Krankheitsprocess ausser Zweifel. Makroskopisch-klinisch zeichnete sich die kranke Partie durch eine Erhebung aus und mikroskopisch sah man eine so mächtige Ausbreitung der Talgdrüsen in die Breite und in die Tiefe, dass öfters Acini im gleichen Niveau der verschlungenen



Knäueln der Knäueldrüsen oder sogar noch tiefer liegen. Man würde, wenn mikroskopisch nicht andere dem Lup. eryth. angehörende Erscheinungen da wären, sogar an das mikroskopische Bild eines Adenoma sebaceum denken können.

In unseren anderen Fällen sieht man Infiltrationen um die Talgdrüsen. Diese waren verhältnissmässig grösser, mit fettig degenerirten Zellen und einem erweiterten Ausführungsgang. Veränderungen an den Talgdrüsen, die besonders zur Hypertrophie mit Hypersecretion führen, sind fast von allen Autoren beschrieben worden. Es ist demnach kaum Wunder zu nehmen, dass man im Anfang in Uebereinstimmung mit den klinischen Erscheinungen sie als Ausgangspunkt des Krankheitsprocesses betrachtet hat. Erst später, nachdem man Lupus erythematosus an Körperstellen fand, wo überhaupt keine Talgdrüsen vorhanden waren, namentlich an der Mundschleimhaut ist man zu der Meinung gekommen, dass sie mit der Pathogenese dieser Erkrankung nichts zu thun haben, obgleich sie öfters mit afficirt sind und secundäre Veränderungen zeigen.

Unter den neueren Autoren ist es besonders Unna, der diese Rolle der Talgdrüsen ganz leugnet und nach ihm soll sogar anstatt einer Hypertrophie schon auf der Höhe des Processes die Mehrzahl der kleinen Talgdrüsen bis auf kleine Reste geschwunden sein und zwar geht die Atrophie um so mehr und rascher vor sich, je stärker die Epithelwucherung der Oberfläche ausgebildet ist. Die Erweiterung des Ausführungsganges, wobei nicht selten eine spiralige Windung hinzukommt, ist nur durch Stauung des Secretes bedingt, weil die Follikelmündung durch Hornmassen verstopft wird (Unna).

Mit Schütz meint Unna', dass durch eine vollständige Verfettung aller Drüsenzellen bis auf den Fundus der Drüse es schliesslich zur Atrophie der Drüse kommt.)

Nach Unna hat man bis jetzt kein einziges Criterium der Hypertrophie, z. B. Bildung von neuen Läppchen durch vorhergehende Epithelwucherung angegeben und es soll durch die Momente, welche eine Hypersecretion hervorrufen, gerade das Umgekehrte entstehen müssen. Ausserdem werde man eine solche scheinbare Hypertrophie nur finden in Fällen, wo der Lupus erythematodes aus einer Region herstammt, welche

physiologischer Weise viele grosse Talgdrüsen hat. Bei der Untersuchung unserer Fälle sahen wir auf der Höhe des Processes nie eine Atrophie der Talgdrüsen. Weiterhin war eine Hypertrophie derselben, anch wenn sie mitergriffen waren, selten vorhanden und schliesslich zeigten die Talgdrüsen andere degenerative Veränderungen auch dann sehr selten, wenn sie in dem Process mitbetheiligt waren.

In Analogie mit Vorgängen an anderen derartigen Organen sollte auf den entzündlichen Reiz eine Hypersecretion und nachträgliche Hypertrophie antworten und erst wenn ein Organ erschöpft ist, wird das atrophische Stadium mit Schrumpfung desselben eintreten. Die Zellen des Organes werden durch eine bedeutendere Wucherung des intercellulären Gewebes verdrängt, vielleicht nachdem sie vorher schon eine beginnende primäre Degeneration zeigten. Es wäre also mehr in Einklang mit analogen Processen, wenn im Höhestadium eine Hypertrophie und bei der Ausheilung eine Atrophie einträte.

Geber gibt ausserdem an, dass die Talgdrüsen oft schon sehr früh ihre Existenz durch Wucherung von Granulationszellen einbüssen.

Auch die Autoren der letzten Zeit betrachten die Rolle der Follikel als recht passiv. Ihre Mündung erweitert sich durch eine Anhäufung von zwiebelschalenähnlich angeordnete Hornmassen. In vorgerückteren Stadien sind sie ganz in dem Processe mitbetheiligt und verhalten sich dagegen indifferent im Anfang. Daher wird es uns nicht wundern, dass bei nicht zu langem Bestande des Lupus erythemadotes der Haarwuchs restaurirt wird.

Von Kaposi sind Veränderungen an der äusseren und inneren Wurzelscheide beschrieben worden. Die Zellen der äusseren Wurzelscheide werden in epidermiszellenähnliche Gebilde umgewandelt und durch ihre „plattenförmig parallele Anlagerung nahm die innere Wurzelscheide an Mächtigkeit zu.“ (Kaposi.)

Von Stroganow ist manchmal eine quantitative Vermehrung des Epithels der äusseren Haarwurzelscheide beobachtet worden. Die Haare waren aus manchen solcher Follikel ausgefallen und zeigten Pigmentmangel oder waren stellenweise



auch nicht erkennbar verändert (Kaposi). Ein reichliches Vorhandensein von Mitosen in den Haarbulbis ist von Schütz beschrieben worden.

Von Neumann wurde schon 1863 ein Ausfall der Haare beobachtet, indem die noch vorhandenen an ihrem freien Ende pinselförmig auseinanderfallen, sich zersplittern und die Partien der Wurzelscheide nur lose daran hängen.

Auf eine Erkrankung der Schweissdrüsen beim Lupus erythematodes hat zuerst Kaposi die Aufmerksamkeit gelenkt. Er beschreibt eine intensive regressive Metamorphose der Knäueldrüsen und ihrer Ausführungsgänge. Neben einer Erweiterung der mit scholliger Epidermis ausgefüllten Mündung einzelner Schweissdrüsen war oberhalb derselben die Epidermis „im Contour eines Blasendurchschnittes abgehoben."

Kaposi fand so wie Geddings um die Knäuel einzelner Schweissdrüsen eine reichliche Anhäufung von grossen, stark lichtbrechenden, einen Kern bergenden Zellen, welche der Beschreibung und dem Bilde nach am meisten übereinstimmen mit den von uns beschriebenen grossen Zellkernen, welche wir überall zerstreut fanden. Ausser einer Infiltration um die Knäueln werden von Kaposi Veränderungen an den Enchymzellen wie undeutliche Contouren der Zellen mit körniger Trübung ihrer Kerne nachgewiesen. Einzelne Schweissdrüsenschläuche waren bis in ihrer Ausmündung ganz und gar von fettkörnerhaltigen und scholligen Epidermismassen erfüllt. Diese Vorgänge führten schliesslich zu einer Verödung der Schweissdrüsen.

Aehnliche Veränderungen an den Schweissdrüsen sind auch von Geber und Leloir beschrieben worden. — Unna meint, dass die Befunde Kaposi's auf die bösartige Form der Erkrankung zu beziehen sind, wovon ihm keine Präparate zu Gebote standen. Dagegen werden von Unna im Lumen der Knäueldrüsen manchmal Epithelien gesehen, welche starkfärbbare Kügelchen enthalten, ähnlich an den von ihm bei Lepra und Lupus vulg. gefundenen, nur beim Lup. eryth. besitzen sie keine Säurefestigkeit.

Neumann vermuthet in seiner ersten Beobachtung 1863 wegen ihrer geringen Zahl in den vielen Durchschnitten eine



Abnahme der Schweissdrüsen, in einer späteren Beobachtung in einem Fall mit Mitaffection der Flachhände findet er um die Schweissdrüsen ähnliche Veränderungen wie in den Papillen.

Schütz sagt, dass die Schweissdrüsen, abgesehen von der manchmal auftretenden Rundzellenumlagerung ihrer geraden Ausführungsgänge kaum erkrankt sind. Nur wenn der Process sich ausgebreitet hat, findet er neben Rundzelleninfiltration körnige Trübung der Euchymzellen an ihrem knäueligen Theil und verengte Lumina der Drüsencanälchen. Morison beschreibt nur die Entzündungserscheinungen der Knäueldrüsen und Miethke findet die Veränderungen an den Schweissdrüsen gering; Ausdehnung, Form, Aussehen bieten keine Abweichungen von der Norm dar. Wir haben ausser entzündlichen Veränderungen keine anderen Vorgänge, z. B. von degenerativer Natur au den Knäueldrüsen nachweisen können.

In ein Paar Fällen waren sie schon in einem frühen Stadium in geringem Masse entzündlich infiltrirt. In dem abgebildeten Fall sieht man die einen kaum von einer Infiltration umgeben, trotz des vorgerückteren Stadiums des Processes. An den anderen sind an den Knäueln nur geringe Anlagerungen zu sehen.

Von Morison sind Veränderungen an den Nerven der Schweiss- und Talgdrüsen beschrieben worden. Ausser einer Infiltration der Umgebung des Neurilemms, waren auch die einzelnen Nerven selbst afficirt, sie waren uneben, knotig aufgetrieben und stellenweise eingeschnürt und von Wanderzellen durchsetzt. Von Neumann ist Nervenschwund angegeben worden, in Folge der stattfindenden Wucherung von Bindegewebszellen. Dem gegenüber liegen normale Befunde der Nerven von Leloir vor, mit nur beginnender Atrophie der Nervenfasern, wenn Eintritt von Infiltratzellen in den Nervenscheiden stattgefunden hat.

Ganz markante Veränderungen zeigen die elastischen Fasern, wenn wir die Schnitte von Lupus eryth. vom ersten Beginn derselben bis zur Narbenbildung verfolgen. Man kann sie mit der eigenthümlichen Narbenbildung in Zusammenhang bringen. Bei der Färbung der Schnitte nach Unna, Fänger oder nach der einfacheren und besseren Methode zur Färbung

von elastischen Fasern nach Weigert sieht man bei beginnenden Formen von Lupus erythematodes überhaupt keine Veränderungen an den elastischen Fasern.

Bei mehr vorgeschrittenen Stadien, besonders auf der Höhe der Entwicklung, zeigt sich das braune, resp. violette Netz der elastischen Fasern, welches unter der Basalschichte der Epidermis liegt, besetzt von ziemlich grossen, dunkelbraunen oder violetten Ballen, die manchmal zu einer continuirlichen Schichte aneinander gereiht sind, welche sich auch auf die den Follicularapparat einhüllenden Bindegewebsschichten erstreckt (Fig. 3, 4). Der Bildung dieser Ballen geht eine Verquellung des elastischen Gerüstwerkes voraus, die Fasern verlieren ihre scharfe und parallele Begrenzung, ihren Glanz, confluiren an den Knoten resp. Kreuzungspunkten des Netzes, sind wohl auch so unterbrochen, dass sie stellenweise eigentlich nur Reihen von homogenen gefärbten Körperchen darstellen.

Diese structurlosen und dunkelgefärbten Massen liegen den Follikeln entlang bis in die tieferen Schichten der Cutis, sind hier weniger gross und werden hier abgelöst von gequollenen Fasern, die ihrem Charakter nach den elastischen Fasern entsprechen. Man findet neben unveränderten elastischen Fasern solche, welche dicker gequollen und ebenso stark gefärbt sind, andere sind verschwommen, zerklüftet, zusammengeballt und liegen in Schollen und Klumpen beisammen. Besonders hervorzuheben sind diejenigen Körper, die mit demselben Farbstoff in derselben Weise und Art wie die normalen el. Fasern tingirt sind und sich zwischen solchen Massen oder in den Maschen eines solchen Netzwerks von degenerirten elastischen Fasern zeigen. Einzelne finden sich isolirt in einem durch Retraction des Nachbargewebes ge bildetem Raum, beziehungsweise den Follikeln entlang, andere stehen in der Richtung elastischer Fasern. Die Grösse und Form diseer Körper ist verschieden, meistens sind sie oval, oder spindelförmig selten unregelmässig geformt oder zackig contourirt mit zugespitzten Enden. Meistens sind sie in der Peripherie stärker wie im Centrum tingirt. Es ist zweifelhaft, ob im Centrum solcher Körper nicht ein Kern vorhanden ist. Sie erreichen die Grösse von Riesenzellen. Auch an diesen Körpern kann man keine Structur erkennen. Die beschriebenen Veränderungen insbeson-



sondere ihre elective Tingibilität und ihr Vorhandensein zwischen elastischen Fasern, die continuirliche Reihenfolge von Fasernetzen, welche eine beginnende ähnliche Degeneration zeigen, bis zu solchen grossen freiliegenden Ballen, können meiner Ansicht nach nur mit Degenerationsvorgängen an elastischen Fasern erklärt werden.

Leider können wir sie nicht in die von Unna beschriebenen Degenerationsproducten Elacin, Collacin und Collastin einreihen, deshalb nicht, weil die specifischen Färbungsmethoden für solche Producte nach Unna nur negative Resultate ergaben. Zwar hat Unna schon eine ähnliche Degeneration beschrieben und solche Degenerationsproducte vermuthet, die Befunde Unna's sind aber unserer Meinung nach nicht in Uebereinstimmung mit der von uns nachgewiesenen Thatsache. In unseren Fällen sahen wir die grössten und auffallendsten Veränderungen an den elastischen Fasern auf das Netz der elastischen Fasern im Papillarkörper beschränkt (Fig. 3). Auch wenn die Tendenz vorhanden war in die Tiefe zu greifen, waren die Veränderungen der tiefen elastischen Fasern nie in dem Masse vorhanden, wie an jenem im Papillarkörper und im Stratum reticulare. Wir betonen dies insbesondere weil wir diese Erscheinung in Zusammenhang bringen mit der oberflächlichen Narbenbildung beim Lup. eryth., einem Ausgang des Processes, welchen wir später noch näher erörteren werden.

Unter den verschiedenen Autoren, welche die Histopathologie des Lupus erythematodes studirt haben, habe ich nur drei in der Literatur finden können, welche von einer Degeneration elastischer Fasern sprechen. Leloir und Petrini erwähnen in ein paar Worten den Untergang der elastischen Fasern, ohne etwas Näheres darüber anzugeben. Wie oben erwähnt, hat Unna sich mehr damit beschäftigt und von Sack ist eine Degeneration der elastischen Fasern bei Ulerythema sycosiforme nachgewiesen worden. Nach Unna findet man beim Lup. eryth. im Gegensatz zu dem totalen Schwund bei Syphiliden und beim Lup. vulgaris innerhalb der Knoten an vielen Stellen das elastische Gewebe erhalten entsprechend dem herdförmigen Charakter der Zellenbildung. Die an der Spitze der Papillen vorhandenen elastischen Knoten, welche man besonders in der Gesichtshaut findet, bleiben bestehen und erst in späteren

Stadien findet man nur mehr als Reste derselben unter der subepithelialen Grenzschicht eine grosse Reihe homogener, vielfach gebogener und durchlochter Klumpen, die bei Protoplasmafärbung leicht als hyaline Reste von Bindegewebsbalken imponiren, dagegen sich mit sauren Orcein electiv färben. Es ist zu bedauern, dass Unna davon keine Bilder gegeben hat und nicht hat bestimmen können, ob dies von seinen Degenerationsproducten Elacin, Collacin und Collastin im Zusammenhange steht. Was wir gefunden haben, färbt sicht ebenso stark wie elastische Fasern nach der angegebenen Methode und zeigte keine Spur von Aehnlichkeit mit den obenerwähnten Degenerationsproducten Unna's. Die Substanz, aus der die Gebilde bestehen, hat Aehnlichkeit mit der Substanz der elastischen Fasern selbst, also mit Elastin.

Wir können in unseren Fällen von einer Degeneration der elastischen Fasern sprechen; ohne den Vorgang und die entstehenden Producte näher deuten zu können. Vermuthen können wir nur, dass solche Vorgänge erstens die Folge des chronischen papillaren Oedems sind wie z. B. nach Unna in allen Fällen von Oedem der unteren Extremitäten bei Nephritis, Vitium Cordit etc. das elastische Netz des Papillarkörpers vollständig verloren gegangen ist, obgleich dem gegenüber Passarge behauptet, dass ödematöse Durchtränkungen des Bindegewebes keinen Einfluss auf die elastischen Fasern hat. Zweitens kann man sie zurückführen auf die verdauende Wirkung der Entzündung, wie Manchot sich solche Veränderungen bei Entzündungen im Allgemeinen erklärt, oder man kann es mit du Mesnil de Rochemont als Folge des direct schädigenden Agens des Entzündungsprocesses betrachten. — Ausserdem hat Unna drei Momente genannt, von welchen eine solche Vernichtung des elastischen Gewebes droht:

1. die Ueberschwemmung mit alkalischen Gewebssäften;
2. die Wucherungen der Bindegewebszellen;
3. die Wucherungen des Collagen-Gewebes.

Welche von den genannten Momenten hier mit im Spiele sind, lässt sich vorläufig auch nicht mit Bestimmtheit aussprechen; hoffentlich bringen weitere Untersuchungen über die Bilder Klarheit.

Aehnliche Degenerationsvorgänge findet man bei der zuerst von Martin B. Schmidt beschriebenen Altersdegeneration und sie wurden in der letzten Zeit besonders von Passarge und Krösing bei den verschiedensten Krankheiten und bei der Narbenbildung genau studirt. So bei Entzündungen, Tumoren, Gangraen, Granulationsvorgängen, Myxödem, Striae gravidarum u. s. w.

Betonen müssen wir noch einmal, dass die von uns beschriebenen Degenerationsproducte sich ebeso intensiv, sogar intensiver wie normale elastische Fasern färben. Daher haben wir auch nie eine Segmentation, so wie sie andere Autoren an degenerirten elastischen Fasern beschrieben haben, nachweisen können. Ausserdem haben natürlich an unseren Präparaten, so wie auch die Bilder zeigen, Kernnachfärbungen stattgefunden und nur an einzelnen der beschriebenen Körper war es zweifelhaft, ob sie keinen Kern enthalten.[1])

Solche Producte, wie sie Reisenstein beschrieben hat, nämlich grosse eigenthümliche Gebilde, welche im Innern die Methylenblau-, an der Peripherie die Orceinfarbe annehmen, haben wir nie gesehen. Nebenbei wollen wir bemerken, dass M. B. Schmidt bei der senilen Degeneration ebenfalls in solchen Schollen Kerne erkennen konnte, welche er als Bindegewebskerne in einer degenerirten zusammengezogenen elastischen Fasermasse deutet. Die von Reisenstein beschriebene

---

[1]) Bei der Weigert'schen Methode, die elastischen Fasern zu färben, kann man nicht nur wie Weigert es angibt, Carminfarbstoffe als Contrastfärbung anwenden, sondern es lässt sich auch Methylenblau resp. Polychromes Methylenblau ausgezeichnet dazu gebrauchen. Nicht selten haben wir bei solchen deutlichen Bildern elastische Fasern in ihre feinsten Ausläufer auch zwischen den Epithelzellen der Epidermis eindringen sehen. Ausserdem werden in Präparaten nach Flemming gehärtet Fasern von Saffranin rothgefärbt, welche man in Analogie an Präparaten nach anderen Methoden gefärbt, als elastische Fasern deuten muss. Nun sah man in solchen mit Saffranin gefärbten Schnitten nie die beschriebenen Degenerationsproducte ebenfalls gefärbt. Eine solche Färbung von elastischen Fasern mit Saffranin wird von Marinotti erwähnt, allein M. fixirt das Gewebe vorher in einer $1/5\%$ Chromsäurelösung und färbt 48 St. lang in Saffranin. Wir haben die gewöhnliche Methode der Kernfärbung mit Saffranin geübt.

Gebilde werden wegen ihrer Form von Unna eher als Collagen resp. Collastin gedeutet.

Meiner Ansicht nach ist es weiterhin sehr wahrscheinlich, dass der Ausgang des Processes, die narbenähnliche Atrophie als Folge solcher typischen Veränderungen an den elastischen Fasern zu betrachten ist. — Es ist wohl richtig, dass wir an der Stelle eines auf solcher Weise geheilten Lupus erythematodes, wie sonst überhaupt an Narben, regenerative Vorgänge an den elastischen Fasern wiedergefunden haben, nur ist diese Regeneration eine unvollkommene. Man sieht nämlich in Uebereinstimmung mit den Bildern, welche Passarge von elastischen Fasern in Narben gegeben hat, auch in der narbenähnlichen geheilten Stelle eines Lup. erythematodes ganz dünne, feine elastische Fasern, die ein dichtes Geflecht bilden. Wir haben an unseren Präparaten Bilder angetroffen, in welchen man peripherwärts noch in Resorption befindliche degenerirte Massen, im Centrum schon die Bildung des feinfaserigen Geflechts beobachten kann. Aehnliche Verhältnisse sieht man in einem der Bilder (Fig. 4). Wir wissen daher, dass die elastischen Fasern bei der Regeneration in ihrem Aufbau und in ihrer Function beeinträchtigt sind, sie bilden nicht mehr ein solches Gerüstwerk der Haut, wie de norma; die Haut hat damit ihr specifisches gefeldertes, sammtartiges Aussehen eingebüsst. Auffallend bleibt es aber immerhin, dass man dagegen in alten Narben vollkommene elastische Fasergerüste wie in der normalen Haut nachgewiesen hat, wie Ziegler und Passarge berichten. Das Narbengewebe ist in solchen Fällen histologisch nicht mehr von dem Nachbargewebe zu unterscheiden, hingegen bewahrt die Narbe makroskopisch auffallenderweise ihren Charakter, es fragt sich nun, ob die Anordnung der elastischen Fasern nicht doch eine andere ist. Unser Befund die Degeneration der elastischen Fasern betreffend und unsere Behauptung ihres Zusammenhanges mit dem Process ist weiter auch noch deshalb zutreffend, weil doch die Narben gerade die oberflächlichen Hautschichten betreffen, die für das Aussehen der Haut ausschlaggebend sind.

Wucherung und spätere Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes findet nur in dem Masse statt, dass die Narbe ihren weichen Charakter beibehält.

Zum Schluss besprechen wir jene pathologischen Veränderungen, die dem Kliniker am meisten auffallen und selbstverständlich dem genialen Blick eines Hebra daher nicht entgangen sind. Obwohl es, wie auch Jadassohn sagt, keinen besonderen Werth hat die verschiedenen zur Beobachtung kommenden Veränderungen der Epidermis, welche besonders von Leloir und Miethke näher beschrieben sind, im Detail zu betrachten, so möchten wir doch kurz der Vollkommenheit halber die Meinungen jener Autoren einander gegenüber stellen. Klinisch und mikroskopisch finden fast alle Autoren in Verbindung mit den erweiterten Follikelmündungen fast immer eine Hyperkeratosis in der bekannten zwiebelschalenähnlichen Anordnung, wie sie besonders von Rosenthal beschrieben worden ist. Diese Bildungen entsprechen den bekannten zapfenförmigen Fortsätzen von Epidermis an der Unterfläche eines Schüppchens und zeigen mikroskopisch stellenweise Fortsetzungen in Nebenräume der Ausmündung eines Follikels, wodurch sogar das ganze Präparat oft zerklüftet aussieht. (Fall II.) Die Befunde Miethke's sind nicht in Uebereinstimmung mit denen Leloir's. Schon im Anfang bestehen nach Miethke Wachsthumanomalien in den Zellen der Epidermisschichten. Von ihm wurde eine Proliferation des Strat. spinosum bis tief in das Corium gefunden, eine beträchtliche Vermehrung der Schichten des Strat. granulosum bis auf 12 ohne Verdickung oder anderweitige Veränderung des Strat. corneum.

Im Widerspruch zu Veiel, Geber, Leloir und Morison, welche nur Verdickungen des Strat. corneum und Entartungserscheinungen in den übrigen Epidermisschichten annahmen, nimmt Miethke ein längeres Bestehenbleiben der Epithelneubildungen an. Nach Leloir ist es ein Charakteristicum des Lup. eryth., dass überall dort, wo Infiltrat des Papillarkörpers auftritt, eine Atrophie der Epidermis besteht, sogar auch des Strat. corneum et granulos. Wir haben in unseren Fällen nur öfters ein aus mehreren Schichten bestehendes Strat. granulosum[1]) besonders um die erweiterten infiltrirten

[1]) Das Strat. granul. trat besonders bei der Färbung mit polychromem Methylenblau oder mit Kresylechtviolett sehr schön hervor. Miethke fand auch eine Vermehrung des Eleidins, Leloir äussert sich



Follikelmündungen gefunden und fast immer die schon beschriebene Hyperkeratosis bestätigen können. An den übrigen Schichten der Epidermis konnten wir nichts Charakteristisches nachweisen. Dass die Hyperkeratose resp. die Abstossung von Schuppen und Borken mit einer quantitativen Vermehrung des Epithels zusammenhängt, wie Stroganow behauptet, ist wohl selbstverständlich, doch konnten wir dem Beweis dafür nicht erbringen. Nicht allein, dass wir nichts hiefür Charakteristisches haben nachweisen können, konnten wir weder Proliferations- noch Degenerationsvorgänge sehen. Unna und Buri betonen ebenfalls, dass sie die von Anderen beschriebene colloide und fettige Metamorphose stets vermisst haben. Zu erwähnen ist noch ein Befund von Neumann, welcher von Veiel und Morison bestätigt worden ist, nämlich die Anwesenheit von Zellen mit Fettkörnchengehalt in der Hornschichte und Zellen, deren Kern eine grosse Vacuole birgt Noch sind auch von Neumann milienartige Gebilde beschrieben worden, die wir auch nicht in unseren Fällen haben nachweisen können.

Nach Unna ist beim Lupus pernio das Auffallendste eine starke Hyperkeratose, so dass es sogar zu einer gleichmässig derben Schwiele gekommen ist. Das Strat. granulos. war dabei von normaler Weite und das Strat. spinosum verdünnt. In unserem Fall von Lupus pernio (Fall IV) war kaum eine Hyperkeratose vorhanden, das Strat. granul. leicht verdickt, ohne dass übrigens an den anderen Epidermisschichten auffallende Veränderungen zu sehen waren. Vielleicht ist der Unterschied zu finden in der betroffenen Region. Unna untersuchte einen Lup .pernio der Fingerbeeren und unser Fall ist ein Lup. pernio der Nasenspitze.

Die Untersuchung auf Mikroorganismen nach den verschiedenen Methoden war bis auf den Befund von Coccencolonien in den erweiterten Follikelausmündungen sonst negativ. Pathogene Bedeutung, so wie Ravogli und Risso es angenommen haben, können sie kaum besitzen, da wir sie nicht an anderen Stellen gefunden haben. Zu bemerken ist ausserdem,

darüber wie folgt: „à peine chargées d'éléidine, ayant perdu leur (les cellules) aspect granuleux et ruppelant plutôt les cellules du strat. lucidum."

dass Schütz schon hervorgehoben hat, es sei oft schwer, sie von Ausscheidungsproducten der Drüse zu unterscheiden.

Obwohl es nicht auf unserem Wege liegt die tuberculöse Natur des Lup. erythematodes hier näher zu besprechen, so möchten wir nur sagen, dass wir bei unseren Untersuchungen histologisch bestätigen können, was von Anderen schon nachgewiesen ist, dass die Infiltrate nicht eine Spur von Aehnlichkeit mit Tuberkeln, sowohl was ihren Aufbau wie ihre Genese, haben. Ausserdem haben wir nie Riesenzellen, nie Tuberkelbacillen nachweisen können. Auch wenn wir den Anhängern dieser Behauptung, wie insbesondere Besnier, Hallopeau, Hutchinson und Boeck zugeben müssen, dass unsere Technik noch viele Mängel hat oder wie Hallopeau[1]) zur Analogie den — in seiner Natur ebenfalls noch nicht sicher erkannten — Lichen scrofulosorum herbei ziehen, um etwas daraus schliessen zu dürfen, so liegen unserer Meinung nach noch nicht genug klinische Thatsachen vor, um an der tuberculösen Natur eines Lup. eryth. vorläufig fest zu halten. Diese Frage ist in allen Richtungen besonders von Jadassohn ventilirt worden und es würde uns zu weit führen, auch in der Beziehung die Frage hier zu erörtern. Von unseren Fällen zeigte nur der eine Lupus pernio Tuberculose, an der er auch gestorben ist. Ein anderer Fall starb an catarrhalischer Pneumonie. Was den Ausgang des Processes anbelangt, geben die verschiedenen Autoren darüber keine übereinstimmende Meinungen. Unserer Meinung nach muss der Ausgang, wie wir oben schon erwähnten, mit der Degeneration der elastischen Fasern in Zusammenhang gebracht werden.

Bald spricht man hier von einer Narbe, bald von Atrophie (Veiel), bald von narbiger Atrophie (Kaposi), oder wie Leloir ohne es weiter zu deuten, von einer „Cicatrisation par resorption interstielle“ und schliesslich könnte man mit

---

[1]) Bei Lichen scrophulos. sind bisher doch auch Thierversuche nicht geglückt, obgleich Jacobi doch den Tuberkelbacillus nachgewiesen hat. Ausserdem soll nach Hallopeau bei beiden Formen der Hauttuberculose die Localisation des infectiösen Agens in den Follikeln die Ursache seiner Abschwächung sein und daher weder die histologisch noch die experimentelle Methode genügend ausgebildet sein, um jetzt schon Beweise beizubringen.



Morison auch von „falschen Narben" reden. Die Erklärungen der verschiedenen Autoren gehen darüber weit auseinander. Nach Kaposi gibt es in den Fällen, wo keine vollständige Restitutio ad integrum stattfindet, einen Ausgang, dessen Endresultat die narbige Schrumpfung der ergriffenen Gewebe ist, der eingeleitet wird durch fettige und wachsartige Degeneration der betroffenen Elemente und vom genannten Autor „narbige Atrophie" genannt wird. Morison spricht von Necrose des Coriums und der papillären Schicht und will so die „falsche Narbe" erklären. Nach Holder entsteht die centrale Atrophie als Folge einer Obliteration der Gefässe.

Nach Jadassohn kommt es, sei es auch in geringem Masse zur Bildung von Narbengewebe, sowie auch bei dem ohne Ulceration heilenden Lupus vulgaris und es handelt sich nicht nur um eine einfache Resorption, welche eher eine gefaltete Epidermis und grössere Lockerheit des zurückbleibenden Gewebes zurücklassen würde. Diese Auffassung von Jadassohn ist am meisten in Uebereinstimmung mit unserem Befund und unserer Erklärung des Ausganges des Processes. Die Befunde Unna's von abgeheilten Centren eines Lup. eryth., welche kolossal ausgedehnte Lymphgefässe und vom Endothel wiederum in Besitz genommene Lymphspalten mit Verödung vieler Blutcapillaren zeigten, haben wir nicht nachweisen können. Ebenfalls konnten wir den Untergang des Gewebes, so wie es von Geber geschildert wird, an unseren Fällen beobachten. Nach Geber fällt alles, was afficirt wird, der fettigen oder einer dieser nahestehenden Entartung anheim und dann kommt es zur Resorption. „Durch Schwund des Muttergewebes und einer mehr oder weniger überhand nehmenden Rarefaction der befallenen Cutispartie, ohne dass es zu einem Ersatz kommt, lässt sich das Entstehen der Narbe erklären." (Geber.)

Zusammenfassung.

Fassen wir unsere Ergebnisse kurz zusammen, so haben wir bestätigen können, was seit Geber auch von anderen Autoren nachgewiesen ist, dass der Krankheitsprocess im Anfang entzündliche Erscheinungen im Stratum reticulare cutis zeigt. Den Anfang können wir unserer Meinung nach genauer localisiren,

weil die perivasculäre Infiltration zuerst an den subpapillaren Gefässen beginnt und später an den papillären und tieferen Gefässen der Cutis und Subcutis fortschreitet. Schon im Anfang des Processes findet man eine Mitbetheiligung der Talg- und Schweissdrüsen in den entzündlichen Erscheinungen und man konnte sogar mit Neumann und Miethke von einer gewissen Bevorzugung in dem Mitergriffensein jener Organe resp. ihrer Umgebung sprechen, doch kann dies nicht im Wesen des Processes liegen, da er auch auf die Schleimhaut übergreift. In späteren Stadien entsteht eine reactive Wucherung des Bindegewebes mit einer diffusen Ausdehnuug des anfänglich herdweisen Infiltrates. In diesen Stadien kommt es offenbar auch zu Veränderungen in den Epithelschichten, die zu einer schnelleren Verhornung ihrer oberflächlichen Schichten Veranlassung geben. Zum Schluss der progressiven Veränderungen kommen typische Degenerationen an den elastischen Fasern. Diese Veränderungen sind es besonders, welche nach unserem Befunde zu der narbenähnlichen Atrophie führen. Diese bleibt eine oberflächliche, weil die meisten Veränderungen der elastischen Fasern in den oberen Schichten der Cutis localisirt sind und zeichnet sich von den gewöhnlichen Narben nach Ulceration durch die geringe Entwicklung der sonst typischen Narbengewebe aus, weshalb sie, auch in Folge einer geringeren Schrumpfung, weich bleibt. In diesem Stadium der regressiven Metamorphose (Geber) kommt es zur vollständigen Resorption der Entzündungsproducte, ohne dass es zum bedeutenden Schwund des Muttergewebes gelangt. Die vorliegenden pathologischen Vorgänge sind am meisten in Uebereinstimmung mit denen einer chronischen Infectionsgeschwulst, wenn man auch von Beweisen hiefür heute kaum noch reden darf. In der letzten Zeit wird der Lup. erythematodes denn auch in der Reihe der chronischen Infectionsgeschwülste eingereiht, so von Jadassohn und in derselben Weise äusserten sich neuerdings Robinson und White als Referenten in einer General-Discussion über diese Krankheit in der amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft. Nach den letzteren Autoren hat man es hier mit einem localen infectiösen Process zu thun — ein Granuloma. Wir haben von einer chronischen Infectionsgeschwulst geredet, um damit anzu-



deuten die Infectiösität des Processes, besonders wenn sie, wie in den Fällen von Kaposi's Lup. eryth. aggregatus allgemein auftritt und dass der Process wohl entzündliche Erscheinungen zeigt, ohne das Bild einer Entzündung — Dermatitis — zu geben. Das Gesammtbild des Lupus erythematodes hat unserer Meinung nach nicht nur klinisch aber auch histologisch genug charakteristische Merkmale, um dieser Krankheit die besondere Stellung, die sie in der Hautpathologie eingenommen hat, behalten zu lassen. Wenngleich auch unsere Technik noch viele Mängel hat, wäre es doch zu prophetisch ausgesprochen, jetzt die tuberculöse Natur der Krankheit zu behaupten. „Der anatomische Gedanken muss das Denken, Wollen und Entschliessen des Arztes beherrschen. Je grösser und geräumer diese Kenntniss des inneren Menschen ist, desto wirksamer und sicherer ist das Thun und Lassen des Arztes, denn „Heilen" und „Helfen" ist von der tiefen Einsicht in das Innere abhängig." (v. Bergmann. Deutscher Naturforschercongress 1899.)

Wir brauchen auch hier das Wesen der Erkrankung nicht nach dem Ausgangspunkte derselben zu beurtheilen, sondern nach den Eigenschaften und dem Charakter des Processes.

An den Schluss dieser Arbeit gelangt, erfülle ich eine angenehme Pflicht, wenn ich dem hochverehrten Herrn Prof. Ehrmann für die Liebenswürdigkeit mit der er mir bei der Arbeit mit seiner reichen Erfahrung bei Seite stand und die bereitwillige Ueberlassung des Untersuchungsmaterials meinen herzlichen Dank ausspreche.

Krankengeschichten.

Fall I. Anna Friedrich, 36 Jahre alt, Dienstmädchen, auf der linken Wange eine graue schuppende kronenstückgrosse Plaque, in der Peripherie geröthet, von kleinen matten, punktförmigen und dunkeln, etwas grösseren Grübchen durchsetzt, in welchen commedonenähnliche Bildungen stecken, auf der rechten Stirnseite eine über linsengrosse und eine etwas grössere schuppende geröthete Stelle. Alle 3 Stellen durch starke Excision geheilt in 3 Monaten.

Fall II. Bukillo Dominik, Schiffs-Steuermann, 36 Jahre. Patient von dunkelbraunem Teint zeigt am Dorsum nasi bis an die Spitze die Haut schuppend, gelblichroth, in der Peripherie elevirt, ziemlich scharf umgrenzt mit commedo-ähnlichen grösseren und kleineren, punktförmigen Grübchen besetzt. Die Ohrmuscheln geröthet, schuppend,



die Haut stellenweise narbig-atrophisch, hier und da von Commedonenpfröpfchen besetzt.

Fall III. Rosalia Mann, 51 Jahre alt. Lup. erythematodes discoides der Nase und Stirne, an der rechten Wange eine guldenstückgrosse, im Centrum fettig schuppende, an der Peripherie mit kleinen punktförmigen Grübchen versehene Fläche; die Nase an ihren beiden Seitenflächen ebenso beschaffen, mit Commedonen durchsetzt, an der Stirne eine kreuzergrosse, im Centrum schuppende und an der Peripherie geröthete Fläche. An der Ohrmuschel geröthete, schuppende Fläche. Unter Chlorethyl flache Excision gemacht nach zwei Jahren, geheilt in der dermat. Gesellschaft vorgestellt.

Fall IV. Lupus pernio. Kraus Moritz. Schlecht genährtes Individuum, hat Erscheinungen von Spitzen-Katarrh. Die Nasenspitze ist geschwollen, fühlt sich kühl an und ist mit fettigen Schuppen bedeckt. Ausser erweiterten Talgdrüsenmündungen zeigt sie dazwischen kleinere Punkte. Auf den Händen sind linsen- bis kreuzergrosse, pernionenartige Schwellungen vorhanden, die zum Theile in der Mitte schuppen. — Patient gibt an, dass diese Erscheinungen besonders beim kalten Wetter hervortreten. Er ist viel auf der Strasse. — Excision von der Nasenspitze, die Ueberhäutung der Wunde findet nur schwer und langsam statt. Patient ist nach Jahresfrist an Lungentuberculose gestorben.

Fall V. Untersteiner Johann, Buchhalter, 23 Jahre alt. Die Kopfhaut zeigt Alopecia pityroides. Auf der Stirne befindet sich eine sehr flache, bläulichrothe, in der Peripherie acut geröthete, $\frac{1}{2}$ kreuzergrosse Efflorescenz. Am übrigen Körper weiter nichts vorhanden. Die kranke Stelle der Stirne wurde excidirt. In wenigen Tagen nach der Excision sind wieder zwei über linsengrosse Plaques auf der rechten Brustgegend ausgebrochen, ebenfalls an der linken Schultergegend. Die Ränder der Efflorescenzen sind rosetten- und leistenförmig elevirt. Aehnliche, aber nicht so scharf begrenzte Plaques sind auf der linken Brustgegend.

Fall VI. Therese Zornig, 26 Jahre alt. Auf der Stirne ist eine kreuzergrosse, im Centrum eingesunkene schuppende Efflorescenz, welche in der Peripherie stark geröthet ist und von kleinen punktförmigen Grübchen den erweiterten Talgdrüsenmündungen entsprechend durchsetzt ist. Patientin ist kräftig, ohne Tuberculoseerscheinungen.

Fall VII. Patientin Wannĕk Katharina, 36 Jahre alt. Auf der Nasenspitze rechts eine kreuzergrosse, stark elevirte, geröthete, schuppende Plaque, die von zahlreichen erweiterten Talgdrüsenmündungen und kleineren Pünktchen durchsetzt ist. Auf der Haut beider Ohren einige leicht geröthete schuppende Stellen. Die Stelle von der Nase wird excidirt, heilt glatt zu. Im Juni desselben Jahres dicht daneben und zum Theil auf der Narbe eine eben solche Stelle vorhanden. 2. Excision, der die Pat. unterzogen wurde. Weitere Behandlung mit Salicylpflaster. Heilung.

Fall VIII. Tribich Franz, 16 Jahre alt, Bäckerlehrling. Auf beiden Wangen und auf der Nase zerstreut eine Reihe linsengrosser,

gerötheter, elevirter, schuppender Stellen. Daneben auf der linken Wange eine grössere, im Centrum narbig deprimirte, in der Peripherie elevirte, geröthete, schuppende Stelle. Ausserdem zwei flach deprimirte, bläulich gefärbte Stellen, die in der Peripherie keine Infiltration und Hyperämie mehr zeigten (ausgeheilte Stelle). Die Haut des äusseren Gehörganges atrophisch, mit dem Knorpel fest verwachsen, der Helix an einzelnen Stellen atrophisch wie eingekörbt, usurirt, der Antihelix livid verfärbt gespannt, schuppend, die Haut des Ohrläppchens atrophisch von grauweissen schmutzigen, fettigen Schuppen bedeckt. Die Krankheit besteht seit einem halben Jahr.

Fall IX. Lupus eryth. disc. bei einem 41jährigen, kräftigen Mann von Herrn Hofrath Neumann, in der derm. Gesellschaft vorgestellt (Sitz. 23./III. 1898). Ueber Brust und Rücken zerstreut finden sich vielfach kreuzer- bis thalergrosse, umschriebene Hautpartien, deren Mitte lebhaft geröthet, leicht vertieft, aber nirgends schuppend oder narbig verändert ist, deren Peripherie aus zumeist haselnussgrossen, über das Niveau der Haut erhabenen, gerötheten, an ihrer Oberfläche glatten Knoten gebildet wird mit steilem, scharf begrenztem Rande. Beiderseits am unteren Augenlid ist die Affection schon weiter vorgeschritten. Hier ist inmitten eines zum Theil auf Wange und Nasenwurzel übergreifenden scheibenförmigen Herdes bereits centrale, narbige Atrophie eingetreten, die verdünnte Haut fein gefältet und schuppend. Ebensolche, narbig atrophische Stellen finden sich am r. Ohr und Augenbrauenbogen. Besonderes Interesse beanspruchen in die Rückenhaut eingesprengte multiple erbsen- bis haselnussgrosse Knötchen, über welchen die äussere Hautdecke noch vollkommen normal darüber zieht, bei einigen hievon beginnt darüber sich zu röthen. Am meisten Aehnlichkeit besteht mit gruppirten Hautgummen, sowie mit Hautsarcom.

Fall X. Weiss Joseph, Metallarbeiter, 57 Jahre alt, gesund. Auf der rechten Backe entsprechend dem Masseter entstand vor mehreren Monaten eine linsengrosse, geröthete, schuppende Stelle, die seit 7 Wochen die Grösse eines Guldenstückes erreicht hat, parallel zum aufsteigenden Unterkieferast längs oval ist. In der Peripherie ist die Stelle tiefbraunroth verfärbt, etwas elevirt, ziemlich scharf begrenzt, zeigt kleine Punkte, die theilweise wie Talgdrüsenmündungen aussehen, theils auch noch kleinere matte Pünktchen. Das Centrum dunkler gefärbt, eingesunken. Patient ist, wie mitgetheilt wurde, 1 Jahr später an einer Lungenaffection gestorben. Excision von der Peripherie bis zum Drittel des langen Durchmessers. Formolhärtung. Zehn Tage später wurde von der entgegengesetzten Seite excidirt. Flemming'sche Härtung.

Fall XI. Lupus erythematodes disseminatus acutus. Schaley Therese, 21 Jahre alt, Ladenmädchen. Am 15./IX. 1899 in Behandlung getreten. Die Haut der Nase, der Wangen und der Ohren geröthet, stark geschwollen, gespannt, eczemähnlich schuppend. Die Röthe begrenzt sich unterhalb der unteren Augenlider mit einem scharfen, etwas elevirten, schuppenden Rande. Entsprechend dem äusseren Orbitalrande links eine

isolirte, linsengrosse, geröthete, schuppende, ziemlich scharf begrenzte geröthete Stelle. Zwei solche Stellen hinter dem linken Ohr, mehrere auf der linken Backe, drei kleinere auf der oberen Lippe, links von der Mittellinie entsprechend dem Uebergange der Haut im Lippenroth. Beginn der Erkrankung angeblich vor 3 Wochen. Nach Umschlägen mit Lig. Burowi die Schwellung wesentlich zurück gegangen, die Röthungen auf der Gesichtshaut schärfer begrenzt. Die Haut ist livid gefärbt, gespannt, schuppend. Behandlung mit Alkoholwaschungen und Salicylpflaster. Ende November wesentlich gebessert. Die Kranke geht wieder ihren Beschäftigungen nach, doch erscheint sie am 5. December wieder mit enormer Schwellung der Gesichtshaut und der Ohren, Oedem der Augenlider, Infiltration der Wangen. Perniones auf den Händen. Patientin hatte ausserdem Bronchialkatarrh beiderseits. Sie hatte einige Tage im Beginn der kalten Jahreszeit im ungeheizten Laden verbracht. Am 10. December hatte sie eine ausgesprochene Bronchopneumonie duplex, 16. December. Exitus letalis unter Erscheinungen der Herzschwäche. Obduction verweigert.

Fall XII. Lup. erythem. discoid. Patient, ein 38jähriger Mann, leidet seit ein paar Jahren an einem Ausschlag an der Bartgegend. Man sieht an der Bartgegend seitwärts des Proc. jugalis auf beiden Wangen eine trockene, am Rand geröthete und geschwollene, in der Mitte eingesunkene und schuppende Efflorescenz. Der Rand ist ausserdem elevirt und scharf begrenzt, dehnt sich in einer serpiginösen Linie aus. Die Mitte ist eingesunken und blassweiss, glänzend, wegen deutlicher Narbenbildung. Eine isolirte, in der linken Schläfengegend bestehende Efflorescenz wurde unter Chloräthylanästhesie excidirt und sofort in Müller-Formol conservirt. Die Wunde ist innerhalb einer Woche p. p. int. geheilt. Pat. ist noch in Behandlung.

Literatur.

Boeck. Nature et traitement du lupus érythémateux. (British medical Association.) Ann. de Derm. 1898. Bd. II. pag. 916.

Frèche. Lupus érythémateuy et lupus tuberculeux. Arch. clin. de Bordeaux Août 1897. pag. 390. Ann. de Derm. 1898. Bd. I. pag. 394.

Jadassohn. Ergebnisse der speciellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane von Lubarsch und Ostertag I. Bd. 4. Abth. 1896. pag. 401.

II. internat. dermatol. Congress. Wien. 1892. pag. 336. Malcolm Morris; Veiel (Cannstadt) pag. 348; Petrini, pag. 352; Brocq, pag. 366; Boeck, Crocker, Rosenthal, Kopp, Hallopeau, Schiff.

Cros. Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeuse. Thèse Nr. 61. Montpellier 1897.

Audry. Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux. Ann. de Derm. 1897. pag. 497.

Jamieson. Lup. erythemat. Edinb. med. Journ. Vol. V. 1878.

Buri. Ueber den Lup. eryth. (Uleryth. centrif.) Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XIX. Nr. 7. pag. 345. 1894.

Hutchinson. Lup. eryth. Medic. Times and Register. Bd. VI. pag. 24. 1882. — Ibid. Medic. Journal 1888.

Du Mesnil de Rochemont. Ueber das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. 1893. pag. 566.

Martin B. Schmidt. Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Virch. Arch. Bd. CXXV. pag. 239.

Passarge-Krösing. Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut. Mon. f. prakt. Derm. Ergänzungsh. 1894.

Unna. Lehrb. der spec. pathol. Anat. von Orth. (Hautkrankheiten.) Elastische Gewebe bei Oedem. pag. 40. Senile Degeneration pag. 992 und folgende.

Unna. Elastin und Elacin. Mon. f. prakt. Derm. Bd. XIX. Nr. 8. 15. Octob. 1894.

Unna. Ueber Elacin. Deutsche med. Zeitung. 1896. Nr. 83. Mon. f. prakt. Derm. Bd. XXIV. Nr. 12. 1897.



Weigert. Färbung der elastischen Fasern. Centralbl. für allgem. Pathologie und patholog. Anatomie. Bd. IX. Nr. 8—9. 1898.

Neumann. Beiträge zur Kenntniss des Lupus eryth. Wiener med. Wochensch. 1863. pag. 643.

Neumann. Beitrag zur Kenntniss des Lup. eryth. Wiener med. Wochensch. 1869. pag. 1137.

Kaposi. Zum Wesen und zur Therapie des Lup. eryth. Archiv f. Derm. u. Syph. 1869. I. Jahrgang.

Kaposi. Neue Beiträge zur Kenntniss des Lup. eryth. Archiv f. Derm. u. Syph. Jahrg. IV. 1872.

Geddings. Zur Anatomie des Lupus erythem. Aus dem LVII. Bd. der Sitzungsber. der K. Akad. der Wissenschaften. II. Abtheilung. Märzheft. Jahrg. 1868.

Veiel. Ueber Lup. eryth. Diss. Tübingen. 1872.

Geber. Zur Anatomie des Lup. eryth. Archiv f. Derm. u. Syphil. 1876. pag. 17.

Thin. On the Pathology of Lupus erythem. Lancet Jan. 16. 1875. pag. 87. (Medic. Societies.)

Leloir-Vidal. Pathologie et traitement des maladies de la peau. (Kaposi, franz. übers. von Besnier-Doyon) Tome II. pag. 265.

Stroganow. Zur pathologischen Histologie des Lup. erythem. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877. pag. 866.

Robert Morison. Histologische Untersuchungen über Lup. eryth. Cazenave. Arch. f. Derm. u. Syph. 1886. pag. 619.

Cazenave. Annales des maladies de la peau. 1850—1851. p. 297.

Hebra. Zeitsch. d. Gesellsch. der Aerzte. 1845. Bd. I. pag. 45.

Auspitz. Ueber mech. Behandlung der Hautkrankheiten. Vierteljahressch. f. Derm. 1877.

Miethke. Ein Beitrag zur Histologie des Lup. eryth. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. IX. 1889 pag. 348.

Schütz. Mittheilungen über mikroskop. Präparate von Lup. eryth. Arch. f. Derm. u. Syph. 1890. pag. 39.

Unna. Ulerythema sykosiforme. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1890. Bd. IX. pag. 134.

Unna. Ulerythema acneiforme. Monatsh. für prakt. Dermat. 1890. Bd. XI. pag. 82.

Unna. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie v. Orth. (Hautkrankh.) pag. 1089. Ulerythema centrifugium.

Sack. Ueber Ulerythema sykosiforme. Mon. f. prakt. Derm. 1891. Bd. XIII. Nr. 4. pag. 133 u. 194.

Holder. The Pathology of lupus erythematosus. Journ. of cut. and genito diseases. Mai 1897. pag. 207.

Leredde. Lupus erythémato-tuberculeux tuberculose ganglionaire et pulmonaire. Ann. de Derm. 1898. Bd. I. pag. 262.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. X u. XI.

Fig. 1. Fall XII. van Gieson'sche Färbung. Uebersichtsbild. Vergr. 34/1. Hyperkeratose, besonders deutlich in den erweiterten Follikelmündungen. Diffuse Infiltration der Papillarkörper. Herdweise Infiltration um die Gefässe, Follikel einer Talgdrüse und mehrere Schweissdrüsen, um die letzten am geringsten. Vergr. 34|1.

Fig. 2. Fall X. Vergr. 170|1. Unna-Tänzer'sche Färbung der elastischen Fasern mit Nachfärbung in einer wässerigen Methylenblaulösung. Neben normalen elastischen Fasern sieht man die im Text beschriebenen Degenerationsformen in dem papillären Geflecht von elastischen Fasern und den Follikeln entlang. Vergr. 170/1.

Fig. 3. Fall VII. Vergr. 290/1. Weigert'sche Färbung der elastischen Fasern mit Nachfärbung in Alaun-Carmin. Ein weiteres vorgerücktes Stadium der elastischen Fasern, mit fast vollkommener Zusammenschmelzung in homogene Massen und Körper. An einzelnen Stellen dringen degenerirte elastische Fasern zwischen den Epithelzellen durch. Verg. 290/1.

Fig. 4. Fall XII. Vergr. 170/1. Unna-Tänzer'sche Färbung der elastischen Fasern mit Nachfärbung in einer wässerigen Methylenblaulösung. Endstadium mit Narbenbildung. In der Narbe ein junges Bindegewebe, nicht infiltrirt wie ein daneben liegender Theil der Schnitte und ein horizontales Geflecht von dünnen, feinen, elastischen Fasern. In den tieferen und daneben gelegenen Partien dickere Bündel elastischer Fasern, welche theilweise gequollen und verschwommen aussehen. In der nebenan liegenden, entzündeten Partie finden sich zerstreut degenerirte Massen der elastischen Fasern.

Fig. 5. Vergr. 490/1. Vorfärbung mit Lithionkarmin und Fibrinfärbung nach Weigert mit der Modification von Beneke. Neben kleineren von Lithionkarmin gefärbten Zellen sieht man grössere von Gentianoviolett gefärbte Kerne, nucleolen wie chromatin-violett und der übrige Kern hat eine rothe Farbe aufgenommen.

Fig. 6. Kresylechtviolettfärbung nach Herxheimer. Neben mono- und einzelnen polynucleären Leukocyten sieht man 2 grössere Zellen mit violettem Kern und rosarothem Protoplasma.



Fig. 1.

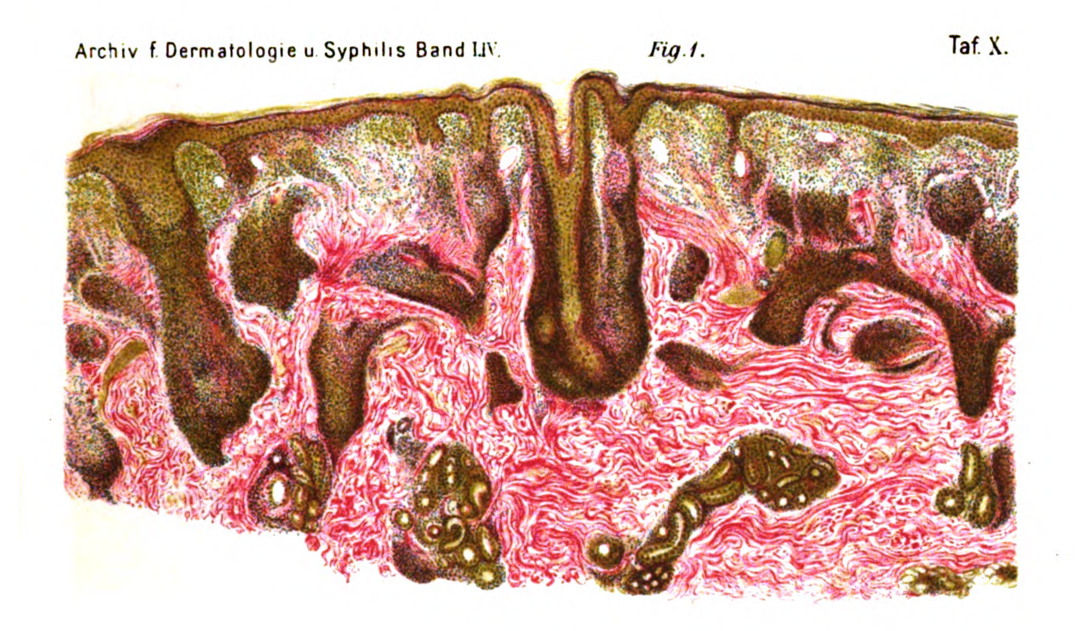


Fig. 3.

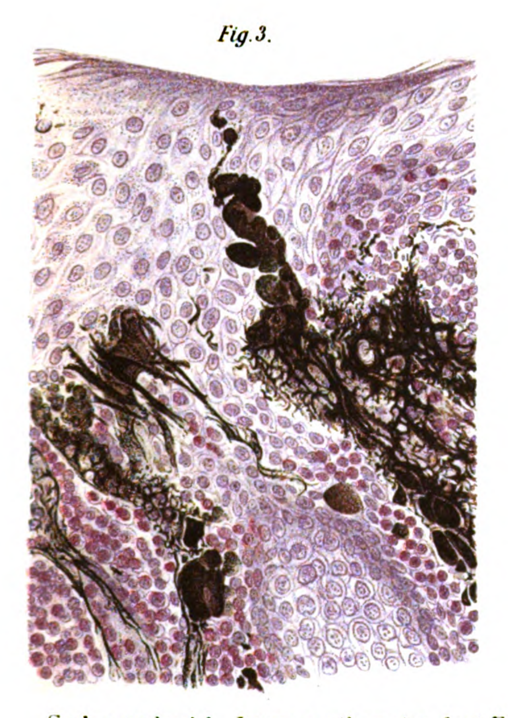
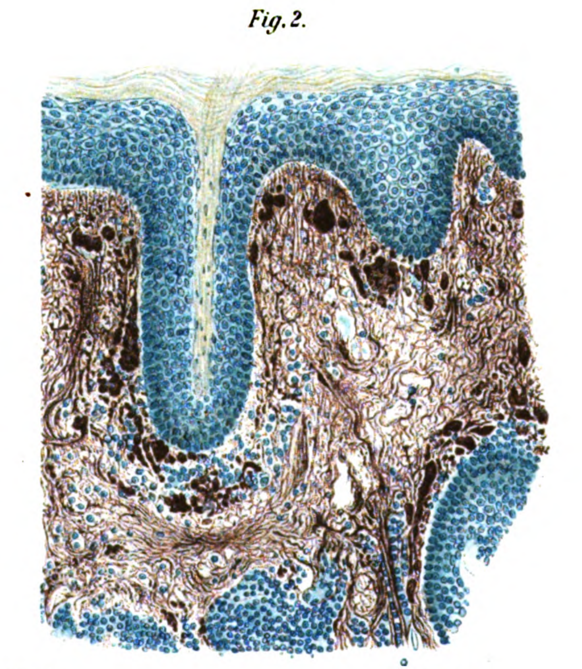


Fig. 2.



Schoonheid: Lupus erythemat. u. elast. Fasern.

K. u. k. Hoflithogr. A. Haase Prag



Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Schoonheid: Lupus erythemat. u. elast. Fasern.

A. Haase Prag



Aus dem Ambulatorium für Syphilis und Hautkrankheiten des Prof. Finger im Allgemeinen Krankenhause und aus dem Institute für pathologische Anatomie des Prof. Weichselbaum in Wien.

Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum (Hallopeau-Leredde's „Naevi symmetriques de la face").

Von

Dr. **C. Pezzoli.**

(Hiezu Taf. XII u. XIII.)

Unter dem Namen Adenoma sebaceum beschrieben zuerst Balzer und Menetrier (1) im Jahre 1885 einen eigenthümlichen, knötchenförmigen Gesichtsausschlag, welcher bei einem 21jährigen Mädchen seit ihrem 11. Lebensjahre bestand. Die festen, indolenten, stecknadelkopf- bis linsengrossen Knötchen waren von der gleichen Farbe wie die umgebende Haut und fanden sich in symmetrischer Anordnung dicht gedrängt an den Stirnhöckern, an der Nasenwurzel, in den Nasolabialfurchen und am Kinn, spärlich an der Oberlippe und an den Augenlidern.

Ein Jahr später theilte Balzer und Grandhomme (2) einen zweiten dem Aussehen nach, dem ersten völlig gleichen Fall bei einem 32jährigen Mädchen mit. Der einzige Unterschied bestand darin, dass hier der behaarte Kopf vollkommen frei war und dass der Ausschlag, nach Aussage der Patientin, stets bestanden haben sollte.

Diesen Publicationen so auffallender Krankheitsbilder folgten bald in rascher Aufeinanderfolge zahlreiche Mittheilungen über Gesichtsausschläge, welche wenigstens in klinischer



Beziehung den Balzer'schen Fällen gleich oder ähnlich aussahen und welche also unter dem Namen „Adenoma sebaceum" geführt wurden. In der ausgezeichneten Monographie von Barlow (3) sind 12 hierhergehörige Fälle zusammengestellt. Es sind dies die Fälle von Pringle (4), Brocq (5), Hallopeau (6), Vidal (7), Caspary (8), Crocker (3 Fälle) (9), Jamieson (10), Taylor und Barendt (3 Fälle) (11). Bei der kritischen Besprechung, welchen obengenannte Fälle unterzogen werden, macht aber schon Barlow auf die vielen Unterschiede aufmerksam, welche sowohl in klinischer als in histologischer Beziehung unter diesen Fällen bestehen und bestreitet schliesslich deren Zugehörigkeit zu einer und derselben Gruppe. In klinischer Beziehung ist es vor allem die Vascularisation der Knötchen, welche in den beschriebenen Geschwulstbildungen eine verschiedene ist. Die Knötchen in den Fällen von Balzer waren von der Farbe der umgebenden Haut und zeigten höchstens hie und da leichte „Arborisations veneuses". Das gleiche gilt für den Fall Caspary's. Dagegen sind die Fälle von Pringle, Crocker, Taylor und Barendt durch einen grossen Gefässreichthum ausgezeichnet, bei dem Vidal-schen Kranken handelte es sich sogar um erectile Tumoren; in dem Falle Crocker's ist die deutliche braune Pigmentirung besonders hervorgehoben. Ferner ist der Zeitpunkt des Auftretens des Ausschlages nicht immer der gleiche; während bei den Fällen von Balzer und Grandhomme, Brocq, Vidal, Pringle und bei einem der 3 Fällen von Crocker das Leiden ein congenitales gewesen zu sein scheint, wird das Auftreten desselben von den übrigen Patienten für einen späteren Zeitraum angegeben. In Caspary's Falle entwickelte sich der Ausschlag nach einer Variola, in den anderen Fällen war die Haut vorher angeblich normal. Endlich ist auch die von den Autoren hervorgehobene mangelhafte Intelligenz, welche bei den betreffenden Patienten constatirt wurde, nicht in allen Fällen vorhanden. Noch grössere Unterschiede zeigt aber der mikroskopische Befund. Und da ist es speciell die Berechtigung, die Fälle von Pringle, Caspary, Crocker, Taylor und Barendt unter das „Adenoma sebaceum" einzureihen (die einzigen Fälle, welche mikroskopisch untersucht wurden),

welche Barlow, im Gegensatz zu dem mikroskopischen Befunde bei den zwei Balzer'schen Fällen, bestreitet. Denn im Gegensatz zu den Autoren, welche zu den Adenomen alle Geschwülste rechnen, welche auf einer Quantitätszunahme der Drüsensubstanz beruhen, schliesst sich Barlow der Ansicht derjenigen Pathologen an, welche zwischen einfacher Drüsenhypertrophie und Adenombildung scharf trennen und zu den letzteren nur jene Geschwülste rechnen, die aus neugebildetem Drüsengewebe bestehen, welches „zwar mehr oder weniger den Bau einer Drüse nachahmt, aber doch vom Muttergewebe verschieden ist und vor allem die Function derselben nicht erfüllen kann".

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, theilt Barlow die mikroskopisch untersuchten Fälle vom sogenannten Adenoma sebaceum der Autoren in drei Gruppen und rangirt in die erste Gruppe den Fall von Caspary, in welchem nur eine Hypertrophie und Hyperplasie der Talgdrüsen gefunden wurde, in die zweite Gruppe die zwei Fälle von Balzer, welche er mit Sicherheit als Adenome anerkennt, und in die dritte Gruppe die Fälle von Pringle, Crocker, Taylor und Barendt, welche er wegen des Gefässreichthums und der Wucherung im Corium als Naevi mit secundärer Hyperplasie der Talgdrüsen ausspricht.

Den gleichen Standpunkt in Bezug auf den Begriff des Adenoms vertritt auch Unna (12), welcher scharf zwischen Adenom und Talgdrüsenhypertrophie unterscheidet, die Fälle von Pringle und Caspary zu letzterer rechnet und sie als „multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien" benennt. Die Balzer'schen Fälle fasst er als Akanthome, d. h. als Geschwülste auf, die von den Stachelzellen des Drüsenepithels ausgehen, mit Einlagerung von colloiden oder hyalinen (nicht Talgzellen-)Cysten und identificirt sie mit dem Epithelioma adenoides cysticum von Brocke (13) und Fordyce's multiplen gutartigen cystischen Epitheliomen der Haut. Bezüglich der übrigen, unter dem Namen Adenoma sebaceum mitgetheilten Fälle spricht er sich nicht aus, erwähnt aber bei der Beschreibung der multiplen umschriebenen Talgdrüsenhypertrophien, dass dieselben sich mit Wucherungen verschiedener Art (Fibrom, Angiom) combiniren können.





Ebenso wenig wie Unna rechnet auch Jarisch (15) die Balzer'schen Fälle zu den Adenomen. Er identificirt sie mit seinem „Trichoepithelioma multiplex" benannten Falle, welchen Namen er andererseits auch für den Fall von Brocke vorschlägt. Die Fälle von Pringle, Caspary und Crocker hält er in histologischer Hinsicht von den Balzer'schen Fällen für verschieden, glaubt aber trotzdem, dass dieselben „auf Grundlage zahlreicher Analogien des klinischen Bildes, des Sitzes und des Verlaufes" identisch sein dürften.

Auch Rosenthal (16) scheint an die Identität dieser Fälle zu glauben, indem er in der Berliner dermatologischen Vereinigung einen dem Pringle'schen, sowohl klinisch als histologisch (Hypertrophie des Bindegewebes, enorme Wucherung sowohl der Verzweigungen als der Acini der Talgdrüsen) ganz analogen Fall unter dem Namen Adenoma sebaceum vorstellte.

Eine von der der bisher citirten Autoren total verschiedene Auffassung vertreten in der letzteren Zeit die französischen Dermatologen, insbesondere Hallopeau, Leredde und Darier, indem dieselben alle diese Krankheitsbilder unter der Gruppe der Naevi rangiren. Zuerst wurde diese Auffassung von Hallopeau (17) aufgestellt, welche dem Namen Naevus überhaupt einen viel weiteren Begriff verleiht und unter demselben alle benigne Neubildungen der Haut von embryonalem Ursprung versteht. Bezüglich des congenitalen Ursprunges der Naevi betont er noch ausdrücklich, dass es nicht nothwendig ist, dass die congenitalen Neubildungen schon bei der Geburt vorhanden seien; es genüge hiefür die congenitale Anlage, da es nachgewiesen sei, dass Naevi sich erst später entwickeln können, wie unter anderem eine Statistik beweist, nach welcher die Zahl der Naevi viel grösser ist bei Erwachsenen als bei Neugeborenen.

Die Adenomata sebacea benennt er in seinem jüngst erschienenen Lehrbuch (18) „Naevi symmetriques de la face" und rangirt sie in die Gruppe der „Naevi associés", von denen er als allgemeine Charaktere die Multiplicität und das Zusammentreffen von nervösen, psychischen und organischen Anomalien bei den befallenen Subjecten erwähnt. Die Naevi symmetriques de la face theilt er ferner in drei Gruppen und



zwar, je nachdem die Neubildung vorwiegend die Elemente der Talgdrüsen (Typus Balzer = Adenomes sebacés), oder die Blutgefässe (Typus Darier-Pringle = Naevi télangietasiques), oder das Bindegewebe (Typus Hallopeau-Leredde (19) = Naevi fibreux) befällt.

Auch Darier, welcher früher (20) seinen als ein von dem Balzer'schen Falle total verschiedenes Krankheitsbild hinstellte, schliesst sich jetzt (21) dieser Auffassung vollkommen an.

Für die Naevusnatur dieser Geschwülste tritt auch Jadassohn (22) mit grossem Nachdruck ein. Er gelangte zu dieser Auffassung durch das Ergebniss seiner histologischen Untersuchung bei einem Falle von linealem Naevus. Während der histologische Befund bei einem excidirten Stücke von der Linea alba das Bild eines weichen Naevus und von dem inneren Fussrand in demselben Falle das Bild eines ichtyosiformen Naevus ergab, fand Jadassohn, dass ein schmaler Naevusstreifen vom Oberschenkel bei demselben Patienten hauptsächlich aus hypertrophischen Talgdrüsenmassen zusammengesetzt war. Einen gleichen Befund ergab die histologische Untersuchung eines strichförmigen verucösen Naevus, welcher sich am Halse eines jungen Mannes fand. Durch diese zwei Fälle wurde somit der Nachweis erbracht, dass es Naevi gibt, welche ausschliesslich oder fast ausschliesslich aus Talgdrüsen bestehen. Auf diese Thatsache gestützt, knüpft Jadassohn höchst interessante und scharfsinnige Betrachtungen an, welche ihn zum Schluss gelangen lassen, dass zwischen den Talgdrüsennaevi und den sogenannten Adenomata sebacea noch weitere Analogien bestehen und dass die letzteren daher auch den Naevi einzureihen sind. Und zwar rechnet Jadassohn, in Analogie der Virchow'schen Benennung von histioiden und organoiden Geschwülsten, die Talgdrüsennaevi zu den Organnaevi im Gegensatz zu den sich aus einfachen Gewebsbestandtheilen zusammensetzenden Gewebsnaevi. Als Bezeichnung für diese Geschwulstbildungen schlägt Jadassohn den Namen „Naevi sebacei" mit den Beiworten „multiples faciei, lineares, verucosi, teleangiectatici etc." vor.



Auch **Bandler** (23) theilt die histologische Untersuchung von zwei Fällen von Naevi verrucosi mit, bei welchen er fast ausschliesslich eine grosse Masse hypertrophischer, jedoch sonst normaler Talgdrüsen fand. Er acceptirt die Jadassohn'sche Bezeichnung und benennt seine Fälle „Naevi sebacei".

Aus dieser kurzen Literaturübersicht erhellt zur Genüge, dass die fraglichen Gebilde schon lange die Dermatologen interessiren und dass über die pathologisch-anatomische Bedeutung dieser Geschwulstform die verschiedensten Ansichten herrschen. Ich glaube daher, es sei der Mühe werth, zwei hiehergehörige Fälle und deren histologischen Befund mitzutheilen, die ich im Ambulatorium Prof. Finger's zu beobachten Gelegenheit hatte.

I. Fall. (S. Abb. auf Taf. XII.) M. H., 20jähriges Mädchen, aufgenommen am 22./VI. 1899, gibt an, immer gesund gewesen zu sein, insbesondere niemals an irgend einer Erkrankung der Haut gelitten zu haben. Sie ist ein brünettes Individuum von kräftiger Constitution und macht den Eindruck einer aufgeweckten und intelligenten Person. Sie kam vom Lande, wo sie ständig wohnt, um Heilung zu suchen von ihrem nicht im geringsten schmerzenden, jedoch höchst entstellenden Gesichtsausschlag, gegen welchen anderorts wiederholt theils mit Salben, theils mit Auskratzungen und Pacquelinisirungen vergeblich vorgegangen wurde. Der Ausschlag soll immer, oder wie die Mutter des Mädchens sagt, seit ihrer frühesten Jugend und zwar stets in derselben Ausdehnung und Intensität bestanden haben. Eine ähnliche Erkrankung in ihrer Familie kam nicht vor. Im Alter von 5 Jahren erlitt sie durch einen Unfall (durch den Stoss des Hornes einer Kuh) eine Quetschwunde an der linken Nasenhälfte, von welcher der bestehende haselnussgrosser keloidartiger Tumor herrührt.

Die Nase, besonders an ihren seitlichen Partien und an der Spitze, die angrenzenden Wangentheile, die Wangen bis knapp vor den Ohren und das Kinn erscheinen dicht besät mit zahlreichen stecknadelkopfbis kleinerbsengrossen Knötchen von gelblich-röthlicher Farbe und fester Consistenz, welche die genannten Stellen auf beiden Gesichtshälften in ziemlich symmetrischer Anordnung bedecken. Einzelne kleinere Knötchen finden sich auch auf der Stirne und an der Oberlippe. Am dichtesten sind damit die Nase und die angrenzenden Wangentheile, besonders die Nasolabialfalten, bedeckt. An diesen Stellen stehen die Knötchen dicht beisammen, entweder in Gruppen oder in Streifen angeordnet. Ein grösserer solcher Streifen fällt auf der linken Nasenfläche zwischen der Nasenwurzel und dem inneren Augenwinkel auf. In der Mitte der linken Wange sieht man eine weisse Narbe, um welche herum dicht beisammenliegende Knötchen in Kreisform angeordnet sind. Auch auf der keloid-

artigen Geschwulst an der linken Nasenhälfte sind viele Knötchen vorhanden. Die Stirne und die Oberlippe sind fast frei von Knötchen; hingegen ist das Kinn reichlich damit besät.

Die Knötchen sind rund oder oval, ragen etwa 2 Mm. über der Hautoberfläche hervor und sind mit derselben verschiebbar; dort, wo sie in dictgedrängten Gruppen beisammen liegen, scheinen sie miteinander zu confluiren, jedoch erkennt man bei näherer Betrachtung, dass dies nicht der Fall ist. Die Knötchen sind von derber Consistenz und lassen sich nicht wegdrücken; auch mit der Cürette gelingt es nicht, sie in toto zu enucleiren. Beim Einschneiden entleert sich aus denselben eine dickliche, weisse Masse, die leicht aus eingedicktem Sebum zu erkennen ist. Die Farbe der Knötchen ist eine gelblich-röthliche, bei einzelnen grösseren ist der röthliche Stich mehr ausgeprägt; bei diesen erkennt man bei näherer Betrachtung, dass der epidermoidale Ueberzug ganz durchsetzt ist von einem feinen Gefässnetz, welches eben die rothe Farbe bedingt.

Ausser den beschriebenen Knötchen ist auf der Haut des Gesichtes nichts abnormes wahrzunehmen. Auch am übrigen Körper ist die Haut vollständig normal.

Zur Vervollständigung der Krankengeschichte sei hier erwähnt, dass wir zur Zerstörung der Knötchen die electrolytische Behandlung angewendet hatten und dass wir mit unserem Erfolge recht zufrieden waren. Die Knötchen wurden sämmtlich zum Schwunde gebracht, an deren Stellen dann lauter kleine kaum sichtbare Narben entstanden.

Zum Zwecke histologischer Untersuchung wurde unter Cocainanästhesie ein circa 1 Cm. langes, $^1/_2$ Cm. breites keilförmiges Hautstückchen aus der Gegend der rechten Nasolabialfalte, welches an seiner Kuppe zwei deutliche Knötchen trug, excidirt. Das Hautstückchen wurde in zwei ungleiche Theile zerlegt. Die grössere Hälfte wurde in Paraffin eingebettet und in Serien geschnitten, die Schnitte mit Hämalaun-Eosin gefärbt. Die kleinere Hälfte des Hautstückchens wurde, nach Vorbehandlung mit Osmiumsäure, in Celloidin eingebettet und die Schnitte mit Saffranin gefärbt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Epidermis zeigt im allgemeinen normale Verhältnisse, nur ist ihre Dicke eine verschiedene, entsprechend der Beschaffenheit des unmittelbar darunterliegenden Coriums. Wo dieses normal erscheint und die Ausbildung der Papillen den gewöhnlichen Verhältnissen entspricht, erscheint auch das darüberziehende Rete von gewöhnlicher Form und Dicke und die interpapillären Zapfen ragen nicht tiefer wie gewöhnlich in das Corium hinein. An anderen Stellen dagegen, wo das darunter-



liegende Corium eine deutliche Vorwölbung zeigt, ist die Epidermis dünn, die Papillen verstrichen (Taf. XIII, Fig. 1, a). Das erste, was in dem Aussehen des Coriums auffällt, ist dessen Reichthum an Zellen (Fig. 1, b). Diese besitzen im allgemeinen einen langgestreckten oder ovoiden Kern, einen unregelmässig gestalteten polyedrischen Leib und entsprechen dem Aussehen der gewöhnlichen Bindegewebszellen. Sie liegen entweder zerstreut im Corium oder sind in streifenförmigen, meist verzweigten Zügen entlang den Gefässen angeordnet. Ausser diesen Bindegewebszellen waren nirgends weder mono- noch polynucleäre Leukocyten zu sehen. Die Gefässe sind im allgemeinen von gewöhnlicher Dicke und in gewöhnlicher Zahl vorhanden. Nur an einer Stelle, welche sich leicht durch die ganze Serie verfolgen liess und einer etwas hypertrophischen Papille entsprach, sah ich ziemlich zahlreiche, erweiterte und mit Blutkörperchen gefüllte Capillaren. Das Corium selbst ist sehr gut entwickelt und sein Tiefendurchmesser (zwischen Epidermis und subcutanem Fettgewebe) deutlich vergrössert. (Fig. 1, b). Es macht ferner den Eindruck grösserer Derbheit; die Bindegewebsfibrillen sind plumper und dicker, wenig gewellt oder gewunden, straffer, die interfibrillären Saftspalten entweder wenig oder gar nicht sichtbar. Diese Verhältnisse sind dort am besten ausgeprägt, wo wegen der obenerwähnten Vorwölbung des Coriums die darüber ziehende Epidermis verdünnt und in die Länge gezogen erscheint.

Die hauptsächlichsten Veränderungen sind aber weiter unten, im Stratum reticulare Cutis, nahe der Fettgewebsgrenze vorhanden und bestehen in einer enormen Ansammlung von Talgdrüsen (Fig. 1, c). Es sei hier sofort erwähnt, dass sämmtliche Talgdrüsen, sowohl was Inhalt, als Form der Zellen betrifft, vollkommen normal sind. Wir überzeugten uns davon am besten durch die Untersuchung von Osmiumpräparaten, welche ganz normale Verhältnisse ergab. Normal ist auch die Grösse der Acini, normal wenigstens für die Gegend, aus welcher die Präparate stammen. Ungewöhnlich ist nur die grosse Zahl der Talgdrüsenacini, welche die erwähnte Coriumpartie förmlich ausfüllen; abnorm ist zweitens ihre tiefe Lagerung nahe dem Fettgewebe, während die oberen Coriumpartien, besonders die

hypertrophischen Coriumstellen, entweder spärliche oder gar keine Talgdrüsen enthalten, so dass man den Eindruck gewinnt, als ob die letzteren von den hypertrophischen Partien des Bindegewebes nach unten gedrängt worden wären. Im Gegensatz zu der grossen Zahl von Talgdrüsen ist die verhältnissmässig geringe Anzahl von Haarbälgen auffallend, so dass es unmöglich erscheint, dass alle Drüsen in Verbindung mit Haaren stehen. Haare findet man nun sehr spärlich und dann sind sie auch rudimentär entwickelt. Die weitaus grössere Zahl der Talgdrüsen münden frei an die Oberfläche der Haut und ist in deren Ausführungsgängen kein Haar zu sehen. Sowohl Ausführungsgänge der Talgdrüsen als Follikeln sind im allgemeinen normal, wenn auch etwas erweitert; die meisten enthalten eingedicktes Sebum. Nur an einer Stelle fand sich ein abnorm erweiterter, sonst aber normal gebauter Ausführungsgang. Die Zellen der Talgdrüsen sind, wie gesagt, normal; nur in einer Beziehung erscheinen sie verschieden von den Talgdrüsenzellen, welche ich bei der Untersuchung eines aus einer analogen normalen Stelle der Nase einer jugendlichen Leiche entnommenen Hautstückchen fand. Hier waren die Talgdrüsenzellen nur in der Peripherie des Acinus gut ausgebildet und scharf contourirt, während die Zellen, die im Centrum des Acinus lagen, keine deutliche Kernfärbung zeigten, und ihr Protoplasma in deutlicher Fettmetamorphose begriffen war. Bei meinem Falle hingegen waren die Zellen sowohl in der Peripherie, als im Centrum des Acinus gleich deutlich ausgebildet, ihre Kernfärbung scharf; in dem feinen Reticulum des Protoplasmas waren bei den Osmiumpräparaten ungemein zahlreiche Fettröpfchen, nicht wie in den Zellen der normalen Haut, spärliche grössere Fettropfen zu sehen. Diese geringe Verschiedenheit in der Beschaffenheit der Talgdrüsenzellen aus den Tumoren und aus der normalen Haut bringt uns auf die Vermuthung, dass die Talgdrüsen der Tumoren eine geringere secretorische Thätigkeit, dafür aber eine grössere Wachsthumstendenz zeigen, im Gegensatz zu den Talgdrüsen aus der normalen Haut, deren centrale fettige Degeneration auf eine normale secretorische Thätigkeit schliessen lässt. Die spärlichen Schweissdrüsen, die ich in den Schnitten finden konnte



(Fig. 1, d), waren von vollständig normaler Grösse und Form.

Fall II. A. E., 19jähriger Techniker, aufgenommen am 1./V. 1899. Der sehr intelligente, kräftig gebaute, junge Mann gibt an, stets gesund gewesen zu sein, insbesondere keine Hautkrankheiten durchgemacht zu haben. Der Ausschlag im Gesichte, welchen er als „Warzen" bezeichnet, will er immer, „seitdem er sich überhaupt erinnern kann", gehabt haben. Der Ausschlag verursacht ihm keinerlei Beschwerden, nur wegen der geringfügigen Entstellung möchte er davon befreit werden. Eine ähnliche Krankheit soll bei den Mitgliedern seiner Familie nicht vorhanden sein.

Der Ausschlag besteht aus Knötchen, welche die Haut der Nase, besonders an der Nasenspitze und an den Nasenflügeln, die Nasolabialfalten und die anliegenden Wangentheile, auf beiden Gesichtshälften in ziemlich symmetrischer Anordnung bedecken. An den bezeichneten Stellen sind die Knötchen ziemlich dicht gedrängt, jedoch deutlich von einander geschieden, nirgends confluirend. Sehr spärliche Knötchen befinden sich an der Oberlippe und am Kinn.

Die Tumoren sind stecknadelkopf- bis hanfkorngross, flach erhaben, wenig prominirend. Sie erinnern thatsächlich an das Aussehen von Warzen, nur können sie durch ihre blassgelbe, gelbbraune bis röthlichbraune Farbe, bei näherer Betrachtung von denselben unterschieden werden. Ausserdem ist die Consistenz solcher Knötchen eine viel derbere; sie lassen sich durch den scharfen Löffel nicht abtragen. Von besonderem Interesse ist die Beschaffenheit der Haut der Nase. Dieselbe ist glänzend, fühlt sich feucht an und ist von einer grossen Menge von kleinen Schweisstropfen bedeckt. Auch manche Knötchen tragen an ihrer Kuppe ein kleines Schweisströpfchen. Von anderen Eigenthümlichkeiten sei erwähnt, dass Pat. in der rechten Hälfte der Oberlippe eine unvollkommene Hasenscharte besitzt. Die Haut des übrigen Körpers ist vollständig normal.

Unter Cocainanästhesie wurde dem Patienten ein kleines Hautstückchen, auf welchem zwei nebeneinander liegende Knötchen sassen, von der Nasenspitze excidirt. Die Haut wurde in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet, in Paraffin eingebettet, in Serienschnitten zerlegt und mit Hämalaun-Eosin gefärbt. Ein kleiner Theil der Hautstückchen wurde mit Osmiumsäure vorbehandelt, in Celloidin eingebettet und die Schnitte mit Saffranin gefärbt.

Wir finden auch hier die Epidermis (Taf. XIII, Fig. 2, a) vollkommen normal, die Retezellen von gewöhnlicher Grösse und Form. Das Bindegewebe des Coriums ist auch hier von einer grossen Anzahl von Bindegewebszellen durchsetzt (Fig. 2, b), welche entweder in Zügen entlang den Gefässen oder in Gruppen



angeordnet sind. Das Corium selbst ist, zum Unterschiede von dem ersten Fall, von gewöhnlicher Dicke, die Bindegewebsfibrillen von gewöhnlicher Form und Anordnung. Nirgends findet man eine Vorwölbung des Coriums, die Papillen sind daher von gewöhnlicher Grösse, über welche das Deckepithel unter Bildung von normal geformten interpapillären Zapfen hinwegzieht. Die Gefässe erscheinen normal.

Auch hier findet man im Stratum reticulare cutis eine kolossale Ansammlung von hypertrophischen, jedoch in ihrem Baue sonst normal aussehenden Talgdrüsen (Fig. 2, c). Nur ist ihre Lage, entsprechend der normalen Dicke des Coriums, eine oberflächigere als im ersten Falle. Waren dieselben im ersten Falle durch das hypertrophische Corium förmlich nach unten, bis tief an das Fettgewebe, zwischen den quergestreiften Muskelfasern, verdrängt, so nehmen die Talgdrüsen hier durchaus die normale Lage sowohl im Stratum reticulare, als im Stratum papillare cutis ein; manche derselben reichen bis knapp unter das Deckepithel. Ausser der ungewöhnlichen Grösse ihrer Acini bieten die Talgdrüsen ein durchaus normales Aussehen dar. Kern und Protoplasma der Zellen sind von normaler Beschaffenheit, nur dass auch hier, wie im ersten Falle, die Talgdrüsenzellen im Centrum des Acinus das gleiche Aussehen darbieten wie die Zellen der Peripherie, zum Unterschiede von den Talgdrüsen der normalen Haut, bei welchen die Zellen des Centrums des Acinus sich in einem viel vorgeschritteneren Stadium der fettigen Degeneration befinden, als die Talgdrüsenzellen der Peripherie. Gleich wie im ersten Falle ist das Verhalten der Ausführungsgänge der Talgdrüsen, die wohl etwas erweitert, doch sonst normal erscheinen. Ebenfalls gering ist die Zahl der Haare. Die meisten Talgdrüsen münden frei mit einem eigenen Ausführungsgang, jedoch ohne Haar aus.

Der Hauptunterschied aber im histologischen Befunde zwischen dem ersten und zweiten Falle ist im Verhalten der Schweissdrüsen zu suchen. Während diese im ersten Falle durchaus von normaler Grösse und sehr spärlich vorhanden waren, erscheinen die Knäuel hier in der Zahl bedeutend vermehrt, die Lumina der Schweissdrüsentubuli stark erweitert (Fig. 2, d). Das die Lumina auskleidende Epithel ist etwas

verdickt, oft 3—4 Lagen hoch, sonst aber normal, insbesondere ist nirgends eine abnorme Sprossung oder Theilung des Drüsenschlauches zu finden. Auch die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen sind wohl etwas erweitert, sonst aber normal.

Ueberblicken wir die soeben mitgetheilten Fälle, so müssen wir sagen, dass es sich hier um zwei Fälle handelt, welche bei ähnlichem klinischen Aussehen, auf den ersten Blick, ziemlich bedeutende Unterschiede im histologischen Befunde aufzuweisen scheinen. Beiden Fällen gemeinsam ist die Vermehrung und die Vergrösserung der Talgdrüsenacini; dasjenige. was die zwei Fälle von einander unterscheidet, ist das Verhalten des Coriums, welches im ersten Falle sehr zellreich und deutlich verbreitet, im zweiten Falle aber wohl zellreich, jedoch von normaler Dicke und Beschaffenheit ist. Wenn man sich aber vor Augen hält, dass die Affection im ersten Falle weit ausgebreiteter war, die Knötchen grösser waren und enger beisammen lagen als im ersten, so könnte man wohl auch diese Differenzen als graduelle Unterschiede auffassen, ohne deswegen an einen verschiedenen Process denken zu müssen. Vielleicht spielen bei dem ersten Falle, was die Hypertrophie des Coriums anbelangt, auch die wiederholt vorgenommenen chirurgischen Eingriffe eine Rolle, während das bei unserem zweiten Kranken nicht der Fall war. Ein ausgesprochener Unterschied besteht hingegen im Verhalten der Schweissdrüsen, welche im ersten Falle normal, im zweiten deutlich hypertrophisch und vermehrt sind. Trotzdem glauben wir aber, dass beide Fälle in pathologisch-anatomischer Beziehung zusammengehören.

Doch bevor wir das näher begründen, müssen wir uns über die pathologische Bedeutung unseres ersten Falles, auf Grund des klinischen und des histologischen Befundes aussprechen.

Wie wir gesehen haben, handelt es sich in dem ersten Falle um eine congenitale Affection, welche aus zahlreichen kleinen, bis kleinerbsengrossen, gelblichen, gelblich-röthlichen, derben Knötchen besteht, welche in symmetrischer Anordnung beide Theile des Gesichtes, vornehmlich aber die Wangen, die Nasolabialfalten, die Nase und das Kinn bedecken. Bei der histologischen Untersuchung erweisen sich die Knötchen als eine Ansammlung von hypertrophischen, jedoch sonst normalen

Talgdrüsen und als eine Hypertrophie des Coriums mit einer geringen Erweiterung der Capillaren.

Beispiele von solch gearteten Krankheitsbildern, die sowohl in klinischer als in histologischer Beziehung mit unserem Falle grosse Aehnlichkeiten aufweisen, finden wir in der Literatur, wie aus der eingangs zusammengestellten Uebersicht erhellt, mehrere. Auffallend ähnlich mit unserem, erscheinen uns die Fälle von Pringle und Caspary. Diese und ähnliche Fälle wurden mit dem Namen Adenoma sebaceum belegt und, nach unserer Meinung mit Unrecht, mit dem eingangs mitgetheilten Balzer'schen Falle identificirt. Denn, wenn wir auch an der anatomischen und klinischen Zusammengehörigkeit der Fälle von Caspary und Pringle mit unserem Falle festhalten, so sind wir nicht der Meinung, dass auf diese drei Fälle die Bezeichnung des „Adenoma" sebaceum passt. Denn, ohne auf die nähere pathologisch-anatomische Bedeutung der von den verschiedenen Autoren verschieden beurtheilten Balzer'schen Fälle eingehen zu wollen, können wir mindestens sagen, dass zwischen unserem Falle und den Balzer'schen Fällen in histologischer Beziehung erhebliche Unterschiede aufzuweisen sind. In den letzteren handelt es sich um eine Wucherung, die von dem Epithel der Talgdrüsen ausgehend, eine Neubildung bedingt, welche, zwar den Bau einer Drüse nachahmt, jedoch in den Einzeltheilen ihrer Structur von dem Bau einer Talgdrüse wesentlich abweicht; ausserdem ist diese Neubildung von fibrösem Gewebe umschlossen und enthält cystische Hohlräume, welche zum Theile mit Hyalin gefüllt sind; die normale Function der Talgdrüse scheint somit auch nicht mehr erhalten zu sein. In unserem Falle hingegen besteht die Neubildung aus Talgdrüsen, an welchen, ausser der Grössenzunahme und einer Vermehrung der Acini, keine andere Abnormität wahrzunehmen ist. Nirgends ist die Andeutung einer bindegewebigen Kapsel vorhanden und die Function der Drüsen ist, wie wir uns an den Osmiumpräparaten überzeugen konnten, vollkommen erhalten. Wollte man somit diese Unterschiede mit einer pathologisch-anatomischer Bezeichnung zum Ausdruck bringen, so müsste man sagen, dass es sich in den Balzer-schen um echtes Adenom, in unserem Falle hingegen um ein-



fache Hypertrophie handelt, trotzdem wir allerdings ohne weiters zugeben müssen, dass zwischen Adenombildung und Drüsenhypertrophie, wie zahlreiche Beispiele aus der pathologischen Anatomie und die vielen Uebergänge zwischen den zwei Processen beweisen, eine scharfe Grenze nicht zu ziehen ist.

Eine solche Trennung erscheint uns aber andererseits unnöthig, wenn man diese sonst in vieler Beziehung verwandten Fälle von jenem Gesichtspunkte betrachtet, den neuerdings Hallopeau, Leredde, Jadassohn in dieser Frage zur Geltung gebracht haben, nämlich vom Gesichtspunkte der gemeinsamen Aetiologie. Da ist es ein anderer Moment, welcher für uns massgebend ist, die congenitale Anlage, welche allen diesen Fällen gemeinsam ist. Wir stimmen somit mit Hallopeau und Leredde vollkommen überein, welche diese Krankheitsbilder als Naevi auffassen und mit dem treffenden Beiwort: symmetriques de la face belegen. Ein sehr prägnantes Krankheitsbild, welches sich in allen bisher publicirten Fällen mit typischer Regelmässigkeit wiederholte, hat somit seine richtige klinische Bezeichnung erhalten. Dabei kann die Bezeichnung „Adenoma sebaceum“ für die Balzer-schen und histologisch ähnlich geformten Geschwulstbildungen ganz gut beibehalten werden, womit die nähere pathologisch-anatomische Bedeutung des speciellen Typus dieser Krankheitsfälle am besten ausgedrückt wird, wogegen wir unseren Fall neben den Fällen Pringle's und Caspary's rangiren, in welchen ebenso wie in unserem Falle ausser der einfachen Hypertrophie der Talgdrüsen, noch eine Hypertrophie des Coriums nachgewiesen werden konnte.

Haben wir somit unseren ersten Fall als Naevus aufgefasst, unter welcher Bezeichnung wir mit Hallopeau alle benignen Neubildungen der Haut von congenitaler Anlage verstehen, wobei die Neubildung „entweder einen, mehrere, oder alle Bestandtheile der Haut betreffen kann“, so ist die Einreihung auch unseres zweiten Falles in dieselbe Gruppe dessen einfachste Auffassung. Hatten wir es im ersten Falle mit einer congenitalen Hypertrophie der Talgdrüsen und des Coriums zu thun, so können wir unseren zweiten Fall als eine congenitale Hyper-

trophie der Talg- und der Schweissdrüsen, somit auch als einen Naevus ansehen.

In dieser Auffassung werden wir durch die Thatsache bestärkt, dass es Naevi gibt, welche ausschliesslich oder fast ausschliesslich aus hypertrophischen, sonst normalen Knäueldrüsen bestehen. Hierher gehört der Fall von Beier (24). Er beobachtete bei einer Frau einen congenitalen, am Ringfinger sitzenden, wallnussgrossen, derben, behaarten Naevus, an welchem bei Druck eine starke Schweisssecretion auftrat. Bei der histologischen Untersuchung fand sich ausser einer Vermehrung des Fett- und Bindegewebes eine mächtige „Hypertrophie und Hyperplasie" der Knäueldrüsen; die Lumina der Tubuli waren stark erweitert, eine Adenombildung war aber nicht vorhanden, „da die Architektur der Drüsen nicht verändert, d. h. keine Sprossungen und Theilungen der Drüsenschläuche zu sehen waren". Allerdings handelt es sich hier um einen isolirten Naevus, welcher analog ist den Fällen von isolirten Talgdrüsennaevi von Jadassohn und Bandler. Wir wissen aber, dass einfache Hypertrophie der Knäueldrüsen auch multipel auftreten kann, ohne dass man darum von Adenomen sprechen könnte; so beobachtete schon Virchow reine Schweissdrüsenhypertrophien in der Haut von Phthisikern, oder von solchen Personen, die an Ernährungsstörungen, wie Granulomen und bösartigen Geschwülsten litten; auch Unna fand solche in der Nachbarschaft von manchen Carcinomen. Multiple, umschriebene Geschwülste, welche nur aus hypertrophischen Knäueldrüsen bestehen, sind bisher nicht beschrieben worden; es ist aber nicht einzusehen, warum auch solche nicht vorkommen können. Vielleicht sind manche der als Syringocystadenome oder Hydradenome beschriebenen Geschwülste nichts anderes als reine Schweissdrüsenhypertrophien. Fälle, wie unserer, in denen eine reine Hypertrophie der Talgdrüsen mit einer Hypertrophie der Knäueldrüsen combinirt ist, sind in der Literatur kaum verzeichnet. Nur Crocker berichtet, dass in seinem Falle, in den tieferen Partien des Corium, grosse Schweissdrüsen in reichlicher Menge vorhanden waren.

Endlich möchten wir noch auf den Umstand aufmerksam



machen, dass, wie in der Krankengeschichte erwähnt, beide unsere Patienten von vollkommen normaler Intelligenz und frei von jeder nervösen Störung waren. Dies erwähnen wir speciell mit Rücksicht auf die Angabe mehrerer Autoren, dass die mit dem sogenannten Adenoma sebaceum behafteten Kranken sich durch Intelligenzdeffect oder schwere nervöse Störungen, wie Epilepsie etc., auszeichneten. Insbesondere wird dies von Hallopeau und Leredde behauptet, welche Autoren eine solche nervöse Störung förmlich als eines der Hauptmerkmale dieser Krankheit hinstellen. Abgesehen davon, dass es nicht richtig ist, dass alle mit dieser Geschwulstbildung behafteten Patienten wenig intelligent waren oder an einer nervösen Störung laborirten, ebenso wenig wie es bei unseren beiden Kranken der Fall war, wäre es gar nicht einzusehen, warum gerade bei dieser Form von Naevi dies der Fall sein sollte, da doch es allgemein bekannt ist, dass viele Personen, welche die verschiedensten Arten von Naevi haben, vollkommen intelligent und gesund sein können. Das gleiche gilt für jene angeborenen Anomalien, welche, nach den Autoren, die mit dem sogenannten Adenoma sebaceum behafteten Individuen mitunter darbieten sollen. Nur einer unserer Kranken, der zweite Fall, hatte eine diesbezügliche Anomalie in Form einer Hasenscharte; bei dem Mädchen hingegen konnte man nichts dergleichen, ja nicht einmal an ihrer Haut andere Sorten von Naevi finden.

Wir betrachten daher unsere beiden Fälle von congenitaler, multipler Geschwulstbildung der Haut des Gesichtes, in deren einem die anatomische Untersuchung eine Hypertrophie der Talgdrüsen und des Coriums, in dem anderen eine Hypertrophie der Talg- und Schweissdrüsen ergab, im Sinne von Hallopeau, Leredde, Jadassohn, als Naevi, halten aber die von letzterem Autor vorgeschlagene Bezeichnung Naevi sebacei als eine zu enge, da es sich in solchen Fällen, wie unsere Beobachtungen lehren, doch nicht um ausschliessliche Veränderungen der Talgdrüsen zu handeln braucht, indem auch andere Gebilde, wie z. B. Corium und Schweissdrüsen in unseren Fällen, in anderen Fällen vielleicht auch Blutgefässe, Haare an der Hypertrophie theilnehmen können, die Bezeichnung „sebacei" also höchstens als Denominatio a potiori gelten könnte. Hin-

gegen halten wir die französische Bezeichnung der symmetrischen Gesichtsnaevi für die richtigere, weil nicht präjudicirende. In der Gruppe dieser Naevi, sofern dieselben ausschliesslich oder hauptsächlich in Veränderungen der Talgdrüsen bestehen (Hallopeau's erste Gruppe), wären dann zwei Typen oder Untergruppen berechtigt, je nachdem es sich um reine Talgdrüsenhypertrophie oder um echte Adenombildung handelt.

Literatur.

1. Balzer et Menetrier. Étude sur un cas d'adénomes sébacés de la face. Archive de Physiologie. 1885.
2. Balzer et Grandhomme. Nouveau cas d'adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu. Archive de Physiologie. 1886.
3. Barlow. Ueber Adenomata sebacea. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. Bd. LV.
4. Pringle. Ein Fall von congenitalem Adenoma sebaceum. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1890. Bd. X.
5. Brocq, citirt in der Arbeit von Pringle.
6. Hallopeau. Ibidem.
7, Vidal. Ibidem.
8. Caspary. Ueber Adenoma sebaceum. Archiv für Dermat. u. Syphilis. 1891. Bd. XXIII.
9. Crocker Radcliff. Adenoma sebaceum. II. internat. derm. Congress in Wien. 1892.
10, Jamieson. Adenoma sebaceum. British Journal of Dermatology. 1893.
11. Taylor und Barendt. Three cases of adenoma sebaceum in one family. Brit. Journ. of Dermat. 1893.
12. Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten. 1893.
13. Brooke. Epithelioma adenoides cysticum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1892. Bd. XV.
14. Fordyce. Multiple gutartige Epitheliome der Haut. Journal of cut. and genito-urin. dis. 1892.
15. Jarisch. Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Archiv für Derm. u. Syph. 1894. Bd. XXVIII.
16. Rosenthal. Fall von Adenoma sebaceum. Verhandlungen d. Berliner dermatologischen Vereinung. Archiv für Dermat. und Syphilis. 1894. Bd. XXIX.
17. Hallopeau. Les Naevi. Progrés medical. 1891.



18. Hallopeau et Leredde. Traité pratique de Dermatologie. Paris. 1900. Baillière et fils.

19. Hallopeau et Leredde. Sur un cas d'adénomes sébacés a forme scléreuse. Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. 1896

20. Darier. Naevi vasculaires verruqueux de la face, affection confondue avec les adénomes sébacés. Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. 1890.

21. Besnier, Brocq, Jacquet. La pratique dermatologique I Tome. Paris. 1900. Masson et Cie.

22. Jadassohn und Werner. Zur Kenntniss der systematisirten Naevi. Archiv f. Derm. u. Syphilis. 1895. Bd. XXXIII.

23. Bandler. Zur Histologie des Naevus sebaceus. Arch. f. Derm. und Syphilis. 1899. Bd. XLIX.

24. Beier. Ueber einen Fall von Naevus subcutaneus (Virchow) mit hochgradiger Hyperplasie der Knäueldrüsen. Archiv für Dermat. und Syphil. 1895. Bd. XXXI.

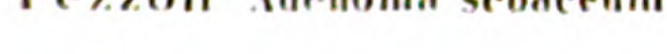
Erklärung der Abbildungen auf Taf. XII u. XIII.

Taf. XII zeigt die Abbildung des ersten Falles.

Taf. XIII Fig. 1. Senkrechter Querschnitt durch ein Knötchen aus der Gegend der rechten Nasolabialfalte im Falle I. (Zeiss Ocular 2, Objectiv A. Färbung mit Hämalaun-Eosin). *a*) Epidermis mit verstrichenen interpapillären Zapfen; *b*) hypertrophisches, sehr zellreiches Corium; *c*) Hypertrophie, bezw. Hyperplasie der Talgdrüsen; *d*) normale Schweissdrüsen; *e*) quergestreifte Muskelfasern.

Fig. 2. Senkrechter Querschnitt durch ein Knötchen aus der Nasengegend im Falle II. (Vergrösserung und Färbung wie in Fig. 1.) *a*) Normale Epidermis; *b*) zellreiches, nicht hypertrophisches Corium; *c*) Hypertrophie bezw. Hyperplasie der Talgdrüsen; *d*) Hypertrophische Schweissdrüsen.





Pezzoli: Adenoma sebaceum.



Fig. 1.

Fig. 2.

Pezzoli: Adenoma sebaceum.



Aus Dr. med. Anton Elsenberg's Abtheilung für venerische und Hautkrankheiten im Warschauer jüdischen Krankenhause.

Casuistische Beiträge.

I. Resorption lupöser Producte unter Pockeneinfluss.

Von

Dr. **Robert Bernhardt,**
Assistenzarzt der Abtheilung.

Jedem Kliniker ist es wohl bekannt, dass manche Hautkrankheiten bei gleichzeitigem Auftreten gewisser infectiöser Leiden, wie z. B. croupöser Lungenentzündung, Pocken, Erysipels, Abdominal- und exanthematischen Typhus u. s. w. verschwinden können. Dies wird nicht nur bei Exanthemen, deren Charakter hyperämischer, acuter oder chronischer entzündlicher Natur parasitären oder nichtparasitären Ursprungs ist, sondern auch bei manchen Neubildungen der Haut beobachtet. So wissen wir, dass Carcinome, noch öfter aber Sarcome unter Einfluss von Erysipel zuweilen der Involution verfallen; man trachtete sogar eine Heilungsmethode dieser Gebilde durch Impfen erysipelatöser Coccen aufzufinden, jedoch ohne besonderen Erfolg. Merkwürdig aber, dass die idiopathischen, multiplen, pigmentirten Hautsarcome durch Erysipel garnicht beeinflusst werden. Ich machte die Beobachtung, dass fast jeder von solchen Kranken (sechs wurden von mir bis jetzt beobachtet) gewöhnlich an Erysipel leidet, welches in gewissen Zeitabständen sich wiederholt und immer an den durch Sarcome besetzten Gliedmassen sich localisirt. Und doch sah ich nie eine Involution der Sarcome unter Einfluss des Erysipels auftreten, obgleich diese Neubildungen eben eine gewisse Neigung zum selbständigen Verschwinden zu besitzen scheinen.

Man hört und liest gar oft vom Verschwinden von Hautexanthemen im Laufe acuter Infectionen. Man darf jedoch solche Versicherungen vom „vollständigen Verschwinden" nur cum grano salis aufnehmen, da meistens eine partielle Involution als complete gedeutet wird, weil eben der Kranke nur kurz nach der abgelaufenen Infection vom Arzte beobachtet wird. Trotzdem will ich nicht bestreiten, dass manche Exantheme, besonders angioneurotischen Charakters, vollständig und ohne nachfolgendem Rückfall verschwinden können. Wo aber bedeutende und tiefe Hautveränderungen, wie z. B. bei parasitären und neoplastischen Leiden, entstanden sind, dort ist die Involution gewöhnlich nur unvollständig, partiell. Zuweilen scheint dieselbe so bedeutend zu sein, dass mit unbewaffnetem Auge gar keine kennzeichnende Veränderungen auf der Haut festzustellen sind und man an ein vollständiges Auslöschen des Leidens zu denken geneigt wäre. Trotzdem liegt die Sache anders. Die Erfahrung beweist, dass nach gewisser Zeit das Leiden rückfällig wird und sich aus jenen mikroskopischen Herden, welche der Vernichtung durch die acute Infection entgangen sind, hervorbildet. Hier besteht also eine gewisse Aehnlichkeit zwischen solch einem Rückfall und dem s. g. ununterbrochenen Krebsrecidiv nach Ausschneiden dieser malignen Geschwulst.

Unsere Abtheilung verfügt über ein sehr lehrreiches diesbezügliches Krankenmaterial. Zwei Fälle vom Verschwinden des vulgären Lupus unter Einfluss eines exanthematischen Typhus hat L. Lubliner[1]) beschrieben. In beiden Fällen konnte man „kaum bemerken, wo die krankhaften Producte früher gewesen sind". Nach einigen Wochen begannen aber frische Knötchen aufzutreten und das Leiden wurde rückfällig. Derselbe Verfasser beschreibt (l. c.) auch einen Fall vom Verschwinden eines Rhinoscleroms nach exanthematischem Typhus. Ich selbst beobachtete unlängst einen Fall von Lupus vulgaris, der unter Pockeneinfluss einer recht tiefen Involution verfallen ist. Ich würde ihn jedoch einer umständlichen Beschreibung nicht werth gehalten haben, wenn nicht der glückliche Zufall wäre, dass ich im Besitz mikroskopischer Präparate dieses

[1]) L. Lubliner: „Fall von Verschwinden eines Rhinoscleroms nach exanthemat. Typhus." Gazeta Lekarska. 1891. Nr. 42.

Falles vor und nach den Pocken bin, wodurch es mir gestattet ist, vergleichende Untersuchungen anzustellen. Die Resultate, welche in der Literatur sehr knapp vorhanden sind, übergebe ich hiemit der Oeffentlichkeit.

Am 17. Februar 1899 kam zu uns der 12jährige J. K., in Warschau wohnhaft (Hauptbuch Nr. 2340). Wir kennen ihn recht gut, da er vor fünf Monaten auf unserer Abtheilung wegen eines Gesichtslupus, der in seinem 8. Lebensjahre aufgetreten ist, behandelt wurde. Nach einigen Wochen wurde er auf Wunsch seiner Eltern mit etwas abgeheiltem Lupus entlassen.

Status praesens beim Eintritt ins Krankenhaus: Wangen, Nase, obere und untere Lippe vom Lupus behaftet. Die Wangenhaut ist an den der Nase angrenzenden Stellen narbig entartet. Die Narbe ist atrophisch, gefaltet, blassrosa und mit leicht abschuppendem Epiderm bedeckt. Hie und da sind in der Narbe hanfkorngrosse, braun-röthliche Knötchen zerstreut, welche im Corium sitzen, ohne sich über die Oberfläche zu erheben. — Die Peripherie der Narbe ist beiderseits von einem ziemlich hohen und breiten Walle umgeben, der bogenförmig vom Auge bis zum Kinn verläuft. Dieser Wall besteht aus ganz ähnlichen Knötchen, wie die oben beschriebenen, oder aus grösseren — von Stecknadelkopfgrösse, rother oder roth-brauner Farbe und die über die Oberfläche der Haut erhaben sind. Diese Knötchen sitzen gruppenweise, fliessen stellenweise auch zusammen und bilden dann ziemlich ausgebreitete und hohe Infiltrationen von ungleicher Oberfläche. Durch Zerfallen dieser Infiltrationen entstehen hie und da Exulcerationen von 10-Pfenniggrösse; sie sind rund, von niedrigen gerötheten Rändern umgeben, der Boden ist mit blassen, aber leicht blutenden Granulationen, die eine copiöse, eitrige, in dicke braun-gelbe Schorfe eintrocknende Flüssigkeit ausscheiden, bedeckt.

Nasen-Flügel und -Spitze sind im Ganzen durch das Leiden angegriffen. Die lupöse Infiltration ist hier sehr stark, diffus, an vielen Stellen ulcerirt, zwischen den Ulcerationen werden zahlreiche und hohe papilläre Hypertrophien wahrgenommen. Die Peripherie dieser Infiltration ist von typischen lupösen Knötchen besetzt. Einzelne zerstreut sitzende Knötchen sind auch auf der Nasenschleimhaut in der Nähe der Nasenöffnungen vorhanden.

Aehnliche Veränderungen sind auch an der oberen und unteren Lippe zu bemerken.

In der Kreuzgegend ein Thalergrosser lupöser Herd, aus Knoten und Infiltrationen, ohne Ulcerationen, bestehend.

Lymphdrüsen (am Ohre, unter dem Unterkiefer und am Halse) vergrössert, aber nicht schmerzhaft.

Innere Organe, besonders Respirationsorgane, normal; Harn ebenfalls. Kein Fieber.

Wir wandten das zum Ausprobiren von Prof. M. Nencki uns zugesandte antituberculöse Serum an. 110 Ccm. desselben wurden dem



Kranken im Laufe von 26 Tagen, ohne besonderen Erfolg, eingespritzt. Weder locale, noch allgemeine Reaction wurde dabei beobachtet, einige Male nur entstand an der Injectionsstelle ein rasch vorübergehendes Erythem, wobei die nächsten Lymphdrüsen ein wenig anschwellten.

Am 20. Juni entstand im Gesichte des Kranken ein Erysipel, weswegen derselbe in die Abtheilung für infectiöse Krankheiten von Dr. Rappel übergeführt wurde. Dort blieb er bis zum 4./VII., wonach er ausgeheilt zu uns zurückkam, um den Lupus weiter behandeln zu lassen, wobei zu bemerken ist, dass letzterer unter Einfluss des Erysipels nicht der geringsten Involution anheimgefallen war. Am Abend desselben Tages begann der Kranke über Frösteln, Kopfschmerz, Uebelkeit und allgemeines Schwächegefühl zu klagen; Temp. 39·4° C. Eine neue acute infectiöse Krankheit befürchtend, schickten wir den Kranken wiederum in die infectiöse Abtheilung. Am nächsten Tage wurde notirt.[1])

5./VII. Keine Schmerzen. Kopfschwindel. Respirationsorgane unverändert. Herzarbeit beschleunigt, Puls 120. Milz nicht vergrössert. Bauch und Brust von rothen Flecken bedeckt; letztere fliessen auch an einigen Stellen auf grösseren Flächen zusammen. (Erythema, Rash.) Temp. Morgens 40·4° C., Abends 40·4° C.

6./VII. Erbrechen. Erythem stärker ausgesprochen. Puls 120. Temp. Morgens und Abends 40·2° C.

7./VII. Erythem verschwunden. Gesicht, Arme, Vorderarme, Rücken und Oberschenkel mit zahlreichen Papeln, auf deren Spitze Bläschen vorhanden sind, bedeckt. Bauch frei von Papeln. Temp. Morgens 39·6°, Abends 39·2° C.

8./VII. Ausschlag viel zahlreicher, als gestern. Temp. Morgens 37·6°, Abends 37·4° C. Puls 96.

9./VII. Derselbe Zustand. Temp. Morgens 37·2°, Vesp. 36·4° C.

10./VII. Charakteristische Pockenpusteln beginnen sich zu bilden. Temp. Morgens 36·2°, Vesp. 36·6° C.

11./VII. Zahl der Pusteln wächst. Temp. Morgens 36·4°, Vesp. 36·4° C.

12./VII. Patient klagt über Rachenschmerzen und starkes Jucken der Gesichtshaut. Temp. Morgens 37·0°, Vesp. 37·6° C.

13./VII. Eiterung in den Bläschen sehr stark, dieselben fliessen auf dem Rücken und Extremitäten zusammen (Variola confluens). Temp. Morgens 39·2°, Abends 39·6° C. Puls 114.

14./VII. Dasselbe. Temp. Morgens 38·8°, Vesp. 37·8° C.

Am 15./VII. beginnen die Pusteln im Gesicht, am Rumpfe und an den Extremitäten einzutrocknen. Conjunctivitis bilateralis. Temp. Morgens 36·6°, Vesp. 37·4° C. Puls 102.

16./VII. Keine Aenderung. Temp. Morgens 36·8°, Vesp. 37·2° C.

17./VII. Alle Pusteln eingetrocknet. Hornhäute trübe, mit einigen oberflächlichen Geschwüren bedeckt. Temp. 36·8—37·2° C.

---

[1]) Das Folgende über den Pockenverlauf verdanke ich der Gefälligkeit des Dr. Rappel, in dessen Abtheilung der Kranke verblieb.



18./VII. Dasselbe. Temp. 36·8—36·8° C.

19./VII. Reconvalescenz.

Am 8. August kam der Kranke wieder zu uns. Wir bemerkten, dass unter Einfluss des Pockengiftes die lupöse Geschwulst einer derartigen Involution anheimgefallen ist, dass ihre kennzeichnenden Veränderungen gar nicht zu sehen waren. Das früher durch den Lupus entstellte Gesicht, die durch frühere tiefe, diffuse Infiltration veränderten Lippen und Nase hatten jetzt ganz normale Züge. (Die Pockennarben übergehe ich bei dieser Beschreibung.) An Stelle früherer Knoten, Infiltrationen und Geschwüren des Lupus befindet sich jetzt eine feine, blass-rothe, leicht infiltrirte Narbe, mit einer ganz ebenen, trockenen, etwas schuppenden Oberfläche. In der Narbe sind nirgends weder Knötchen, noch jene umschriebene, dunkelbraune Verfärbungen, welche gewöhnlich nach verschwundenen Knötchen zu bleiben pflegen, bemerkbar. Auch auf der Nasenschleimhaut sind alle Knötchen verschwunden. Der Lupusherd in der Kreuzgegend ist ebenfalls der Involution verfallen, doch sind hier jene, eben besprochenen Verfärbungen sichtbar.

Nun war es interessant zu erfahren, welcher Art die unter Pockeneinfluss hervorgebrachten Veränderungen im lupösen Gewebe gewesen sind, destomehr, als mir Präparate von demselben Falle vor den Pocken[1]) zur Verfügung standen. Deshalb suchte ich diesmal ein Hautstückchen aus einer Stelle, welche mit der vor dem ausgeschnittenen in klinischer Hinsicht ganz identisch war, zu excidiren. In beiden Fällen excidirte ich kleine keilförmige Stückchen aus den Infiltrationen, resp. früheren Infiltraten auf den Wangen. Präparate wurden in Alkohol fixirt und in Paraffin eingebettet. Zur Färbung diente Hämatoxylin allein oder Hämatoxylin mit Eosin, oder Hämatoxylin mit Aurantia und ausserdem die Unna-Taenzer'sche Methode für elastische Fasern,

Die vor den Pocken erhaltenen Präparate ergeben das allgemein bekannte Bild einer gewöhnlichen lupösen Infiltration, welches einer näheren Beschreibung nicht werth ist. Diese einförmige Infiltration, reich an typischen Langhans'schen

---

[1]) Ich wollte damals die s. g. „atypischen" Epidermiswucherungen beim Lupus untersuchen.

Riesenzellen, in der die Contouren einzelner Tuberkeln nicht mehr sichtbar sind, erstreckt sich in der ganzen Dicke der eigentlichen Haut — vom Papillarkörper bis zum Unterhautzellgewebe. Gefässe sind sehr zahlreich und zwar sind es erweiterte Capillaren mit verdicktem Endothel. Einzelne Gefässwände sind direct von einer leicht faserigen, stellenweise auch ganz einförmigen, kernlosen Masse umgeben, welche durch Eosin röthlich, durch Aurantia gelblich gefärbt wird.[1]) Haarpapillen, Talgdrüsen und Mm. arrectores pilorum sind gänzlich vernichtet; Schweissdrüsen sind meistens verschwunden, stellenweise sind noch deren Ueberreste, mit der allgemeinen Infiltrationsmasse zusammenfliessend, sichtbar. Jedoch sind die lupösen Veränderungen nicht nur in der eigentlichen Haut ausgesprochen, sie erstrecken sich auch auf das Unterhautgewebe und auf die Muskelschicht, charakteristische Tuberkel hier bildend. Die Epidermis, welche die Infiltration bedeckt, ist bedeutend verändert. An manchen Stellen ist sie vernichtet und dort haben wir mikroskopische lupöse Geschwüre vor den Augen. Wo sie aber vorhanden ist, dort ist sie bedeutend verdickt und besteht eigentlich nur aus zwei Schichten: aus dem Rete Malpighii und aus der Hornschicht; die kern- und glasige Schicht sind nicht vorhanden. Ausserdem sieht man ganz enorm hypertrophirte Epidermiszapfen, welche, sich vielfältig verzweigend und untereinander verwachsend, in die lupöse Infiltration ungefähr bis zur halben Dicke der Cutis hineinwachsen. Diese beim Lupus so gewöhnlichen Auswüchse werden von Manchen „atypisch" genannt. Beiläufig bemerkt ist diese Bezeichnung ganz unpassend, denn nur carcinomatöse Auswüchse, wie sie bei Lupus carcinom, nicht aber beim gewöhnlichen Lupus vorkommen, sollten atypisch genannt werden. Die Zellen der Malpighischen Schicht haben ihre Stacheln verloren, ihre Zellenkörper sind zuweilen sehr gross, als ob geschwollen, kernig, enthalten manches Mal auch Vacuolen und färben sich nicht immer gut. Die Kerne färben sich überhaupt sehr schwach und die s. g. altération cavitaire wird an ihnen ziemlich oft festgestellt. Die Hornschicht ist bedeutend ver-

[1]) Aehnliche Gefässveränderungen wurden bei Lungentuberculose beschrieben.

dickt und besteht aus theilweise verhornten Zellen (Parakeratosis). In der Epidermis sind auch zahlreiche Wanderzellen, welche bis zur Hautoberfläche reichen, vorhanden.

Wie sehen nun die nach abgelaufenen Pocken aus Hautstückchen bereiteten Präparate aus?

Die Epidermis ist fast unverändert, alle ihre Schichten sind vorhanden. Das Rete Malpighii weist einen ganz normalen Bau auf, mit Ausnahme der Palissaden-Zellen, deren Gestalt weniger regelmässig, als in gesunder Haut, und in deren Innern mehr als gewöhnlich dunkel-rother Pigment vorhanden ist. Die Kernschicht besteht aus 1—2 Zellenschichten; die glasige und Hornschicht sind sehr dünn, doch von normalem Aussehen. Hie und da sind zwischen Epidermiszellen auch einzelne Wanderzellen sichtbar. Im Corium fällt vorerst der Mangel an Papillen auf, weshalb deren Oberfläche so glatt, wie in einer Narbe ist, nur hie und da sind kleine, flache Erhebungen bemerkbar. Mit den Papillen sind selbstverständlich auch die Epidermiszapfen zu Grunde gegangen.

Mikroskopisch unterscheidet sich der Bau des Coriums ganz bedeutend von der normalen Haut. Er besteht aus sehr feinen, ziemlich stark glänzenden, bindegewebigen Bündeln, die wellenförmig in horizontaler Richtung verlaufen. Da die Bündel ziemlich weit von einander liegen, so ist das Gewebe nicht sehr fest; an einigen Stellen, wo die Bündel sich gegenseitig kreuzen, entsteht eine Art von feinem Netz; die Bündel färben sich schwach, viel schwächer als in normalen Verhältnissen (z. B. mit Eosin, Aurantia). Neben den Bündeln verlaufen gewöhnliche spindelförmige, oder mit Fortsätzen bedachte, mit längsovalem Kerne versehene Bindegewebszellen. Am zahlreichsten sind dieselben in den oberen Coriumschichten. Elastische Fasern, die nach Unna-Taenzer's Methode gefärbt werden, sind weniger zahlreich als normal. Blutgefässe sind ganz bedeutenden Veränderungen anheimgefallen. Die Capillaren sind stark erweitert und haben verdickte Wände, weil deren Endothel aus ziemlich grossen und hohen protoplasmatischen Zellen mit blasenförmigen Kernen besteht. In mittelstarken Gefässen ist die Muscularis etwas verdickt, das Endothel



sieht ebenso aus, wie oben beschrieben. Längs der Gefässe sind Wanderzellen in ziemlich grosser Anzahl vorhanden.

In derart verändertem Corium sind hie und da kleine, rundliche, aus Zellen zusammengesetzte Herde zerstreut; auf jedem Präparat gibt's deren 3—4. Sie sind folgendermassen gebaut: Das Gerüst besteht aus einem unregelmässigen, sehr feinem Netze, dessen Fasern ebenso wie oben beschriebene bindegewebige Bündel gefärbt werden; in den Maschen liegen Zellelemente, ohne jedoch eine feste Masse zu bilden. Dies sind ausschliesslich epithelioidale und lymphoide Zellen; letztere sind zahlreicher als erstere und enthalten einen, zwei oder mehrere Kerne. Diese Zellen (Körper und Kerne), aus denen die Herde bestehen, werden sehr gut mit den gewöhnlichen Tinctionsmitteln gefärbt; plasmatische Zellen fand ich nur in geringer Zahl.

Solche Herde sind in der Umgegend der Blutgefässe gelagert, wobei zu bemerken ist, dass die epithelioidalen Zellen immer in der nächsten Nachbarschaft der veränderten Gefässwände zu liegen kommen.

An der Peripherie dieser Herde, in den Lücken zwischen den bindegewebigen Bündeln befinden sich zahlreiche, in verschiedenen Degenerationsphasen bleibende Zellen. Viele haben einen feinkörnigen Körper, enthalten oft ganz kleine, das Licht stark brechende Körnchen; in anderen sind wieder kleine, aber zuweilen recht zahlreiche Vacuolen vorhanden. Gleichzeitig werden auch die Zellenkerne verändert. Sie verlieren ihre Kernchen und einen bedeutenden Theil ihrer Chromatinsubstanz, darob färben sie sich schwach, manchmal zerfällt auch der Kern in einige Theile. Andere Zellen haben wieder einen ganz durchsichtigen Körper, so dass ihre Contouren kaum zu erkennen sind, dabei enthalten sie entweder gar keine Kerne oder nur sich schwach färbende Kernschatten. Hie und da kann man gruppenweise gelagerte Theilchen von unregelmässiger Gestalt bemerken; diese werden nur durch die zur Kerntinction benutzten Substanzen gefärbt, folglich sind es zerfallene Kerne. Ausserdem ist in den Lücken noch eine kleinkörnige Masse vorhanden.



Solche degenerirende Zellen werden, wie bereits oben bemerkt wurde, meistens und in grosser Anzahl um die Herde herum und in deren nächsten Umgebung gefunden. Je weiter von den Herden, desto geringer deren Zahl. Bei genauer Untersuchung der Präparate, besonders bei grosser Vergrösserung, findet man dieselben degenerirenden Zellen überall im Corium, obgleich in viel geringerer Zahl, als um die Herde herum. Wanderzellen sind auch im ganzen Corium zerstreut, in der Umgebung der Herde treten sie zahlreicher auf.

Die Haarpapillen und Mm. arrectores pilorum sind vollständig zu Grunde gegangen. Ich sah sie nie in einer ganzen Serie von Präparaten. Schweissdrüsen sind ebenfalls vernichtet. Nur einige Male sah ich Ueberreste eines Ausführungsganges.

Die vor und nach den Pocken auftretenden Veränderungen mit einander vergleichend, sehen wir, dass die Involution lupöser Infiltrationen nach abgelaufenen Pocken in der Degeneration und nachfolgendem Zerfall der Zellen besteht. Riesenzellen zerfallen augenscheinlich am raschesten, da dieselben nach den Pocken nirgends und nie zu entdecken waren, während sie vor denselben massenhaft vorgefunden wurden. Weshalb zerfallen die Zellen? In Folge der erhöhten Temperatur, oder einer specifischen Wirkung des Pockengiftes zu Folge? Das ist schwer zu entscheiden, ich glaube jedoch, dass beide Momente dabei ihre Rolle spielen. Dann werden die zerfallenen Massen durch die lymphatischen Gefässe resorbirt, wobei die Wanderzellen eine wichtige Bedeutung haben, was aus ihrer Anwesenheit im ganzen Corium, hauptsächlich aber in der Umgegend der am stärksten verfallenden Herde erhellt. Nicht alle Zellen degeneriren jedoch. Einzelne Gruppen sind noch erhalten und werden durch die Anwesenheit epithelioidaler Zellen als tuberculöse Herde erkannt. Aus diesen Herden also wird später die Regeneration des Lupus entstehen.

Die mikroskopische Untersuchung gestattete also die Schlussfolgerung, dass der sub 8./VIII. vorigen Jahres von mir beschriebene Krankenzustand nach den Pocken durchaus nicht beständig zu nennen ist und dass der Lupus unfehlbar regeneriren wird und zwar aus den im Corium gebliebenen tuberculösen Herden. Diese ungünstige Vorhersage wurde vollkommen durch



den weiteren klinischen Verlauf bestätigt. Schon nach zwei Wochen wurden an den früher vom Lupus behafteten Stellen drei frische, für dieselbe Krankheit charakteristische Knötchen wahrgenommen: zwei auf dem rechten Nasenflügel, einer auf der rechten Wange. Die atrophische Narbe an der Wange, Nase und an den Lippen schien röther und geschwollener zu sein, das Abschuppen war ziemlich copiös. Diese Symptome wiesen auf beginnendes Recidiv hin.

Drei Tage später verliess Patient das Krankenhaus, blieb jedoch in unserer Beobachtung. Zuletzt sah ich ihn im December 1899. Der Lupus stand in voller Blüthe und nahm Nase, Wangen und Lippen ein, ganz wie vordem. Das Aussehen, die Localisation und Verbreitung des Leidens waren fast identisch mit dem früheren Zustande vor den Pocken, also dieselben erhobenen Infiltrationen mit zahlreichen Lupusknötchen an der Peripherie und dieselben lupösen Geschwüre. Es schien sogar, dass diese Gebilde jetzt mehr zum Zerfall geneigt waren, als vor den Pocken.

II. Vierzehn Jahre nach Tuberculose-Einimpfung in Folge ritueller Vorhaut-Beschneidung.

Von

Dr. **Robert Bernhardt**,
Assistenzarzt.

Nach mosaischem Ritus wird die Vorhaut am achten Tage nach der Geburt beschnitten, wonach der Operirende (Moël), oder einer von den männlichen Verwandten des Kindes das aus der Wunde fliessende Blut mit den Lippen aussaugt, was als ein blutstillendes Mittel gilt und zum Ritus gehört. Da die Beschneider keiner sanitären Beaufsichtigung obliegen, so kommen selbstverständlich Fälle von Lueseinimpfung ziemlich oft vor. Noch öfter wird aber auf diese Art Tuberculose verimpft. Viele Beschneider sind doch mit Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht behaftet, husten viel und speien viel Schleim, das mit Tuberkelbacillen geschwängert ist, aus. Beim Ausspeien kann ein Theilchen Schleim im Munde haften bleiben und wird beim Aussaugen auf die frische Vorhautwunde unmittelmässig übertragen.

Die auf diese Weise entstandene Vorhauttuberculose entwickelt sich ganz typisch. 15—20 Tage nach der Beschneidung bildet sich am Frenulum oder in dessen Umgebung ein oder einige Knötchen, die alsbald der Verschwärung anheimfallen. An der Peripherie des Geschwürs bilden sich bald frische Knötchen oder grössere Infiltrationen und neue Geschwüre, die sich allmälig auf die ganze Wunde erstrecken. Es entsteht dann ein ziemlich hartes, zuweilen auch recht tiefes Geschwür mit hohen, harten, stark infiltrirten Rändern; letztere sind zuweilen auch unterminirt. Der Geschwürsboden ist grau, körnig



und mit grau-gelber eitriger Masse bedeckt. Die nur auf das Frenulum sich beschränkenden tuberculösen Geschwüre sind manchesmal sehr hart und ähneln vollständig einem primären syphilitischen Geschwüre, das zum Zerfall geneigt ist.

3—4 Wochen nach Entstehen des tuberculösen Geschwürs schwellen gewöhnlich die Leistendrüsen an und zerfallen später. Auch andere Lymphdrüsen können später anschwellen und vereitern, oder es bilden sich im Unterhautzellgewebe runde, schmerzliche, von gerötheter Haut bedeckte und mit derselben verlöthete Knoten, die sogenannte Gummata scrophulosa. Solche Kinder sind gewöhnlich sehr schwächlich, anämisch, schlecht ernährt, deren Haut ist welk, ohne Elasticität und im Gesichte stark gefaltet. Fieber besteht meistens auch. Ausserdem können auch Symptome von Tuberculose innerer Organe, der Gehirnhäute, der Lungen, des Darmes oder der Miliartuberculose sich entwickeln, was unvermeidlich zum Tode führt.

Den ersten typischen Fall von Vorhauttuberculose, dessen Diagnose durch das Mikroskop bestätigt wurde, hat A. Elsenberg[1]) im Jahre 1886 beschrieben. Alsbald wurden von demselben noch vier andere Fälle[2]) und von seinem Assistenten, Dr. L. Lubliner, 5 ähnliche Fälle veröffentlicht.[3])

Meinerseits sei bemerkt, dass die Zahl solcher Fälle jedes Jahr 6—12 in der Abtheilung und in der Ambulanz beträgt. Die Sterblichkeit ist ziemlich gross. Im Allgemeinen sterben 40—50% der mit Vorhauttuberculose behafteten Kinder. Uebrigens ist es unmöglich, eine exacte Sterblichkeitsziffer anzugeben, da solche Fälle sich einer längeren Beobachtung gewöhnlich entziehen.

Zweifellos aber wird die Verallgemeinerung der Tuberculose und die Begrenzung des Localherdes nur durch die Widerstandsfähigkeit des Körpers beeinflusst. Am besten wird dies durch nachfolgenden Fall von Vorhaut- und Eicheltuberculose, der 14 Jahre in klinischer Beobachtung blieb, illustrirt.

---

[1]) A. Elsenberg. Tuberculoseeinimpfung beim Kinde. Gazeta Lekarska 1886. Nr. 18. Berlin, Klinische Wochenschrift 1886.

[2]) Derselbe. Gazeta Lekarska 1886, Nr. 48.

[3]) L. Lubliner. 1890. Nr. 25. (Gazeta Lekarska.)

Am 14. März 1900 kam auf unsere Abtheilung der 14jährige Berisch B. .. (Hauptbuch Nr. 1281), an der Vorhaut und Eichel leidend. Sein Vater ist asthmatisch, Mutter gesund. Drei Brüder und eine Schwester erfreuen sich der besten Gesundheit.

Sein Leiden währt bereits 14 Jahre, es begann bald nach der Beschneidung. Im März 1886 geboren, wurde er am achten Tage beschnitten, wobei die Vorhautwunde mehrmals vom Operirenden ausgesaugt wurde. Die Wunde verheilte nicht, eiterte und wurde nach 3—4 Wochen auf ihrer ganzen Oberfläche geschwürig. Bald danach schwollen die Leistendrüsen an und vereiterten später.

Damals wurde das Kind von Dr. A. Elsenberg untersucht, der eine Tuberculose der Vorhaut erkannte. Im Jahre 1889 sah E. das Kind einige Male, behandelte es, machte aber die schriftliche Bemerkung, dass „das Geschwür, trotz Reinlichkeit und Verbandmitteln, durchaus nicht gebessert wurde". Auch im nächsten Jahre wurde Dr. Elsenberg vom Vater des Berisch consultirt und bemerkte damals, dass beim Kinde, ausser der Leistendrüsen, auch andere Lymphdrüsen geschwollen waren. Diesen Krankheitszustand vom Jahre 1890 gestatte ich mir ausführlich anzugeben, des Vergleiches mit dem jetzigen halber.

„Der fast 4jährige Knabe war gross, sehr gut entwickelt, vorzüglich ernährt, mit vollen, runden Backen, gerötheter Haut und dickem Fettpolster. Er war niemals krank, hustete nie, in seinen Lungen war nichts krankhaftes zu finden. Auch Rachenschmerzen hatte er nie, keine Veränderungen auf der Mundschleimhaut, keine Hautausschläge.

„Trotz blühenden Gesundheitszustandes änderte sich das Vorhautgeschwür nicht viel. Seine obere Fläche an der Stelle besonders, welche nach der Beschneidung in der Längsrichtung des Penis mit den Fingern (Nägeln) auseinandergerissen wird, ist sehr verdickt, infiltrirt und es werden dort einzelne, ziemlich harte, hanfkorngrosse, nebeneinander liegende Knötchen gefühlt, welche jene Verdickung der Vorhaut verursachen. Ausserdem sind dieselben auch am Rande der nach der Beschneidung übrig gebliebenen Vorhaut vorhanden; dieser Rand ist auf $^3/_4$ seiner Peripherie leicht geschwürig. Dieses Geschwür ist sehr eng, lang, mit einer feinen, gelblich-rothen Kruste bedeckt, nach deren Entfernung eine grau-gelbe, mit spärlicher Secretion bedeckte Oberfläche zum Vorschein kommt, während die Ränder flach, leicht unterminirt und gezähnt sich darstellen. Dieser ganze Vorhauttheil ist ziemlich stark geröthet. Dort, wo keine Knötchen vorhanden sind, ist die Vorhaut ein wenig geschwollen, pastös.

„In beiden Leisten befinden sich lineare Narben von 2 Ctm. Länge, der Falte parallel, darunter aber vergrösserte Lymphdrüsen von Haselnuss- oder Kirschengrösse; sie fühlen sich hart an, die umgebende Haut ist aber beweglich und unverändert. Vom Mai 1889 an wurden auch die Hals-, Nacken- und Unterkieferdrüsen geschwollen, ohne dass irgend welche locale Leiden denselben vorangegangen wären. Heute sind diese Drüsen ebenso dick und gross, wie die Leistendrüsen und auf der rechten Hals-



seite beginnt bereits die Haut über diesen lymphatischen Drüsen sich zu röthen an und mit denselben zu verschmelzen.

„Der Bau der Knötchen ist typisch tuberculös; es werden auch in manchen Riesenzellen einzelne Tuberkelbacillen bei Färbung der Schnitte nach Nelssen beobachtet." [1])

Drei Jahre also nach Beschneidung und Verimpfung der Tuberculose entwickelten sich Scropheln beim Knaben. Spätar vereiterten die rechtsseitigen Unterkieferdrüsen; sie wurden durchschnitten, ausgeschält und manche vergrösserte Drüsen exstirpirt.

Das tuberculöse Vorhautgeschwür wurde ziemlich beständig und energisch behandelt. Ein Theil der geschwürigen Vorhaut wurde abgeschnitten, ein anderer ausgebrannt oder ausgeschabt und dann mit Perubalsam verbunden. Allmälig ging das Geschwür der Vernarbung entgegen.

In den nächsten Jahren kam der Knabe einige Male alljährlich ins Krankenhaus, um ärztlichen Rath zu holen. Nur im Laufe der letzten drei Jahre hat ihn Elsenberg nicht mehr gesehen. Am 11. März dieses Jahres (1900) kam Berisch wieder auf unsere Abtheilung, folgenden Zustand aufweisend:

Der 14jährige Knabe sieht prächtig aus, ist vorzüglich ernährt, mit dickem Fettpolster, gerötheter Haut und gesunden Schleimhäuten.

Die rechte Hälfte der übrig gebliebenen Vorhaut ist bedeutend verdickt und verhärtet, was mehr der Infiltration als dem Oedem zuzuschreiben ist. In der Vorhaut sind einzelne hanfkorngrosse, derbe Knötchen fühlbar, deren Consistenz viel härter als die der Vorhaut ist. Die linke Hälfte der Vorhaut sieht normal aus, wie beschnittene Vorhäute überhaupt auszusehen pflegen.

An der Eichel befinden sich zahlreiche halbkugelförmige Knötchen, von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngrösse, ziemlich harter Consistenz und dunkelrother Farbe. Einzelne von ihnen sind mit Epidermis, andere mit gelblich-grauen Krusten bedeckt. Nach Entfernung der Kruste kommt ein ziemlich tiefes, rundliches, stecknadelkopfgrosses Geschwürchen zum Vorschein, dessen Ränder roth, flach, uneben, hie und da unterminirt sind, der Boden aber grau und leicht körnig ist. Diese Knötchen stehen einzeln oder in Gruppen vereint, oder bilden, miteinander zusammenfliessend, mehr oder weniger ausgebreitete Infiltrationen. Solche Gruppirung der Knötchen wird bald hinter der Corona glandis beobachtet. 5 Mm. vor der Corona glandis ist ein ziemlich breiter, aus Knötchen bestehender Wall vorhanden; manches von diesen Knötchen ist exulcerirt. Dieser Wall läuft um die ganze Eichel, dem Rande der Corona parallel,

[1]) A. Elsenberg. Scropheln als Folge von Tuberculoseeinimpfung bei Vorhautbeschneidung. Gazeta Lekarska 1890. Nr. 17. pag. 329.



herum und vereinigt sich in der Nähe des Frenulums mit der grossen Infiltration, welche das Frenulum, die benachbarten Eichelpartien und Theile des Sulcus retroglandularis einnimmt. Diese Infiltration ist ziemlich hoch und fast so derb wie Knorpelgewebe. An der Peripherie desselben sind einzelne Knötchen sichtbar.

Es sei jedoch ausdrücklich betont, dass in den übrigen Theilen des Sulcus retroglandularis, wie auch auf der Corona glandis selbst keinerlei krankhafte Veränderungen sichtbar sind. Vor dem oben beschriebenen Walle sind auf der ganzen Eicheloberfläche einzeln zerstreute oder zusammengruppirte Knötchen oder kleine tuberculöse Infiltrationen wahrnehmbar. Darunter sind zahlreiche atrophische Narben von verschiedener Grösse vorhanden. Auch die Harnröhrenmündung ist von Knötchen, Infiltrationen und Narben, welche die Oeffnung bedeutend verengen, umgeben.

In beiden Leisten ist je eine lineare Narbe vorhanden; die Leistendrüsen sind vergrössert, ungefähr von Haselnussgrösse und ziemlich empfindlich auf Druck. In der rechten Unterkiefergegend befindet sich eine 4 Cm. lange Narbe; die submaxillären Lymphdrüsen sind ein wenig vergrössert. Die Halsdrüsen sind ebenfalls grösser.

In den Athmungsorganen wurde, trotz gründlicher Untersuchung, nichts krankhaftes gefunden. Temperatur normal.

Die Hoden, Nebenhoden und die Vorsteherdrüse sind unverändert. Die Harnblase wirkt ganz regelmässig, im Harne sind keine pathologischen Bestandtheile vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung der aus der Eichel ausgeschnittenen Knötchen wies deren tuberculösen Bau ganz sicher nach; es wurden sogar durch Färbung mit Carbolfuchsin und nachheriger Abfärbung durch saures Anilin und Alkohol einige Koch'sche Bacillen von mir gefunden.

Von klinischer Seite ist dieser Fall recht interessant. Schon die Localisation der Tuberculose an der Eichel des Penis gehört zu den Seltenheiten, noch wichtiger ist aber die ganz kolossale Widerstandsfähigkeit dieses Knaben dem Tuberkelgift gegenüber.

Wie bereits gesagt, entwickelten sich bei diesem Knaben 3 Jahre nach Einimpfung der Tuberculose typische Scropheln; daraus ersieht man, dass das Tuberkelgift aus dem Localherde in das allgemeine Lymphgefässsystem eingedrungen und selbst an entfernten vom Primärherd Stellen tuberculöse Drüsenveränderungen hervorgerufen hat. Man könnte also hoffen,  dass diesem Zustande alsbald Veränderungen in inneren Organen folgen werden. Dieses fand aber nicht statt, wenigstens bis jetzt. Seiner Widerstandsfähigkeit zu Folge hat der Körper die Tubercelherde localisirt und auf diese Weise sich selbst



vor der Verallgemeinerung des Giftes geschützt. Jedenfalls ist der Kampf noch nicht ausgefochten und die Siegespalme schwebt noch in der Luft, vorläufig darf man nur die grosse Widerstandsfähigkeit dieses Knaben bewundern. Ihr Einfluss ist auch am Charakter und Aussehen des localen Herdes zu beobachten. Zuerst ist das sehr langsame Vorschreiten des 14 Jahre bereits währenden Leidens staunenswerth; dann ist auch die Neigung der tuberculösen Gebilde zum selbständigen Verschwinden durch narbige Entartung ganz bemerkenswerth. Diese Symptome beweisen, dass das Tuberkelgift glücklich vom Körper bekämpft wird.

Die Verbreitungsweise des localen Tubercelherdes verdient auch noch unsere Beachtung. Die Tuberculose entstand zuerst auf der Vorhaut und verbreitete sich von hier auf die Eichel des Penis; hiebei liess sie aber den Sulcus retraglandularis, wie auch die Corona glandis ganz unberührt. Diese sind ja ganz normal und nur die dem infiltrirten Frenulum dicht angrenzenden Sulcustheile sind infiltrirt. Dieses macht den Eindruck, als ob das Frenulum eine Brücke wäre, durch welche die Tuberculose von der Vorhaut auf die Eichel übergegangen ist.

Ueber meine Methode der Behandlung des Syphiloms im Initialstadium.

Klinische Beobachtungen.

Von

Prof. Dr. **Leone Levi,**

Director des Kgl. Ambulatoriums für Syphilis, Docent für Syphilis und Hautkrankheiten an der Kgl. Universität in Genua.

Schon im verflossenen Jahre veröffentlichte ich in einer in der Kgl. Med. Akademie in Genua[1]) gemachten Communication eine neue Methode der Abortivbehandlung des Syphiloms im Initialstadium. Dieselbe wurde dann in meinem Namen vom Herrn Prof. Pagliani der Kgl. Med. Akademie in Turin[2]) und von mir selbst in einer Arbeit in der internationalen Conferenz für die Prophilaxis der Syphilis und venerischer Krankheiten in Brüssel[3]) mitgetheilt.

Ich sage „neue Methode", um der Wahrheit gerecht zu werden, obwohl Andere, in gutem Glauben, weil sie dieselbe nicht genau kennen, der Meinung sind, dass es sich um eine altbekannte Methode handelt. Es ist jedoch dem nicht so, denn nur das Mittel, dessen ich mich bei derselben bediene, ist schon früher bekannt gewesen.

[1]) Bollettino della R. Accademia Medica di Genove. 1899.

[2]) Giornale della R. Accademia d' Medicina d' Corino Luglio 1899, Nr. 7. Anno LXII.

[3]) Compte Rendu des séances do la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies Vénériennes—publié par le Dr. Dubois-Havenith — H. Lamertin, 1900.

Es ist dies die Cauterisation des Syphiloms und zwar mittelst der Galvanokaustik, weil die Cauterisation in dieser Weise rascher erfolgt und weniger schmerzhaft ist. Es haben schon Andere vor mir die Cauterisation des Syphiloms im Anfangsstadium mittelst des Thermocauters von Pacquelin versucht; die Resultate waren jedoch negativ rücksichtlich der Verhütung der allgemeinen Syphilis; allerdings ist die Cauterisation nur ein einziges Mal gemacht worden.

Die Originalität meiner Methode besteht nicht in der Anwendung des Thermocauters, sondern in der Art und Weise der Application desselben.

Während man sich in früheren Zeiten mit einer einmaligen Cauterisation begnügte, mache ich deren sehr viele, fünfhundert und auch tausend und auch mehr. bis es eben nothwendig ist, d. h. bis sich an der Localisationsstelle des Syphiloms gewisse physiopathologische Veränderungen einstellen, die in einer acuten intensiven localen entzündlichen Reaction bestehen. Wenn die hier vollständig ausgeführt wird, dann erhält man auch die gewünschten Resultate; es bleibt nämlich die syphilitische Infektion local und wird nicht zu einer allgemeinen Krankheit.

Ich glaube deshalb, dass meine Methode der Behandlung des Syphiloms, im Anfangsstadium desselben, wirklich neu sei, und es würde mich freuen, wenn diejenigen, welche nicht dieser Meinung sind, angeben würden, wer schon vor mir dieselbe therapeutische Methode vorgeschlagen habe.

Es ist nicht meine Absicht, hier wissenschaftliche Auseinandersetzungen zur Erklärung des Mechanismus der Action meiner Methode zu machen und ich überlasse dies den Pathologen vom Fache. Als Kliniker beschränke ich mich bloss auf die klinische Seite der Frage und wiederhole, den Collegen im Fache und den praktischen Aerzten überhaupt, dass ich

[1]) Essais sur la syphilis — Sur une nouvelle methode therapeutique et prophilatique de la Syphylis — Comunication à le conference de Brucelles — 4.—7. Sept. 1899.

[2]) Intossicazione ed infezione sifilitica — Comunicazione alle R. Accademia Medice di Genove, 1899 — Giornale Ital. mal. ven. e della pelle. Mileno 1900. Fasc. 1.

bis jetzt nach der erwähnten Methode 32 Kranke behandelt habe, und dass sie sich in allen diesen Fällen gut bewährte.

Da dieselbe trotz meiner mehrfachen Publicationen nicht genügend bekannt ist, so möchte ich an dieser Stelle den praktischen Aerzten meine Erfahrungen mittheilen und es wird mir sehr angenehm sein, die Erfolge kennen zu lernen, welche Andere mit derselben Methode erzielen werden.

Technik der Operation.

Ich verwende zur Cauterisation eine dünne Platinplatte, die hufeisenförmig gekrümmt ist und durch eine elektrische Batterie glühend gemacht wird. Es ist zweckmässig, dass die Platinplatte weissglühend werde, weil so die Cauterisation weniger schmerzhaft ist. Es wird das ganze Syphilom sammt den Rändern desselben und auch das zunächst gelegene scheinbar gesunde Gewebe geätzt.

Zur Verminderung der Schmerzen mache ich, 5—10 Minuten vor der Operation, eine subcutane Injection von Cocain (gewöhnlich 4—5 Centigramm pro dosi).

Nach der Cauterisation erfolgt an der Oberfläche des Geschwürs eine reichliche Secretion einer blutigserösen körperliche Elemente enthaltenden Substanz; es bildet sich kein wirklicher Schorf; die geätzte Stelle secernirt reichlich und tränkt die hydrophile Baumwolle, womit sie bedeckt wird.

Die Operation wiederhole ich täglich und ich beschränke mich, wie schon erwähnt wurde, nicht auf eine einmalige Aetzung, sondern mache deren sehr viele und zwar, je nach der Resistenz des Kranken, täglich auch 50.

Befunde, die nach der Cauterisation local constatirt werden können: man sieht bei Fortsetzung derselben, dass das Syphilom an Volumen zunimmt, es wird härter, kurzum es accentuirt sich dasselbe immer mehr, wird hyperplastisch und nimmt deutlichere Formen an. Allein in der Umgebung desselben sieht man, auch wenn die Cauterisationen oft wiederholt worden sind, anfangs gar keine Zeichen einer acuten Entzündung; die umgebende Haut ist von normaler Färbung und Temperatur.

Das Syphilom dehnt sich allmälig aus und kann das doppelte und auch das dreifache des ursprünglichen Volumens erreichen.



Wenn, wie auch ich ursprünglich verfuhr, kein Cocain angewendet wird, dann beobachtet man, dass die Cauterisation an der intensiv erkrankten Stelle schmerzlos ist, da jedoch auch die weniger afficirten und auch die scheinbar gesunden Theile geätzt werden müssen, ist die Operation bei Nichtanwendung des Cocains immer etwas schmerzhaft. Schmerzen sind jedoch nur im Moment der Cauterisation vorhanden; in der grossen Mehrzahl der Fälle hören sie gleich nach Beendigung derselben auf, in manchen Fällen dauern sie einige Zeit, wenige Minuten bis zu einer halben Stunde, allein der Schmerz ist auch in diesem Falle sehr leicht erträglich.

Behandlung der geätzten Oberfläche: Ich vermeide systematisch jedwede Waschung mit Sublimat oder anderen antiseptischen Lösungen und bedecke einfach mit einer trockenen Lage von Harz und hydrophiler Baumwolle, nach Waschung der Wundfläche mit filtrirtem und sterilisirtem Wasser.

Die Cauterisationen werden während einer Zeit von einem oder zwei Monaten und auch mehr täglich wiederholt, bis eine Erscheinung eintritt, die, als ich sie zum ersten Male beobachtete, mich und auch den Kranken nicht wenig überraschte. Es tritt nämlich fast plötzlich eine sehr acute Entzündung auf; es schwellt die geätzte Stelle stark an, erscheint oedematös, warm, roth und wird schmerzhaft.

Diese Entzündung weist jedoch nicht in allen Fällen dieselbe Intensität auf und manifestirt sich nicht immer so unerwartet, sondern bildet sich gradweise aus; wenn sie genügend intensiv geworden ist, dann höre ich mit den galvanocaustischen Aetzungen auf.

Die Dauer der acuten Entzündung ist variabel, gewöhnlich hält sie 1—3 Tage an, und es folgt dann rasch die spontane Lösung und Heilung der Läsion, zu deren Abschluss gleichfalls eine mehr oder weniger lange Zeit, eine oder zwei Wochen, nothwendig ist.

Im Allgemeinen bleibt keine Entfärbung und auch keine Härte zurück.

Nicht selten und meistens in den Fällen, in welchen die entzündliche Reaction nicht in so rascher und intensiver Weise



vor sich geht, beobachtet man, dass das Syphilom vor dem Eintritte dieser Periode, die ich Reactionsperiode nennen möchte, seine typischen Charaktere, die, wie gesagt, immer mehr und mehr deutlich geworden sind, einbüsst und dass es sich allmälig umwandelt; seine Härte verschwindet langsam und wird von entzündlichem Oedem ersetzt und während es früher indolent war, wird es nun bei Berührung schmerzhaft.

Subjective Symptome nach der Cauterisation. Man könnte meinen, dass die Kranken sich nur schwer der in Rede stehenden Cur unterziehen und ich erinnere mich, dass auch Prof. Majocchi mir gegenüber diese Meinung aussprach. Allein dies ist unbegründet, weil die Kranken jedesmal nach der galvanocaustischen Aetzung ein Gefühl allgemeinen Wohlseins empfinden; sie sind lebhafter, fühlen sich erleichtert und stärker als früher; sie entschliessen sich deshalb sehr leicht zur Operation und verlangen sie spontan. Wenn man im Beginne die Cur auch nur einen Tag aussetzt, dann fühlt sich der Kranke neuerdings schlechter, und es kehrt in ihm das allgemeine Wohlbefinden wieder zurück, erst wenn man die galvanocaustischen Aetzungen wieder aufnimmt.

Nur bei der vollkommen ausgeführten Cur fühlt sich der Kranke auch nach Aufhören der Aetzungen wohl.

Die Kranken constatirten spontan die Erscheinung des Wohlbefindens nach den Cauterisationen und ich wurde von ihnen selbst auf dieselbe aufmerksam gemacht. Sie kann ohne Ausnahme bei allen Kranken nachgewiesen werden und ich glaube, dass sie nicht von einer Suggestion abhängen könne, denn man kann, wie ich schon anderen Orts sagte, die Beobachtung machen, dass Arbeiter, die an Syphilomen leiden, vor der Cur eine gewisse Schwäche zeigen, den mühevollen Arbeiten in den Werkstätten deshalb weniger resistiren können und zuweilen dazu ganz ungeeignet sind, unter dem wohlthuenden Einflusse der Cur dieselben wieder aufnehmen können. Die Suggestion kann wohl nicht bis zu diesem Grade reichen, und es muss deshalb geschlossen werden, dass das bei den Kranken constatirbare Wohlbefinden eine reelle Thatsache darstelle.

Wirkung der Cur auf die infiltrirten lymphatischen Ganglien. — Nicht selten kommt es vor, dass Kranke in den Anfangsstadien von Syphilomen, nicht gleich beim Auftreten beziehungsweise nach dem Bemerken eines Geschwürs sich an den Arzt wenden, sondern einen mehr oder weniger langen Zeitraum verlaufen lassen, während dessen sie sich anfangs selbst behandeln, dann in empirischer Weise Mittel anwenden, die ihnen von Apothekern anempfohlen werden.

Während dieser Zeit infiltriren und vergrössern sich die dem Infectionsherde nahegelegenen Lymphdrüsen und es bildet sich jene Krankheitsform aus, die allgemein unter dem Namen „Lymphdrüsenplejade" bekannt ist. Dies ist das zweite Stadium, welches die Syphilis durchläuft, ehe sie constitutionell wird und es drängt sich hier die Frage auf, ob meine Curmethode auch in derartigen Fällen mit einiger Aussicht auf Erfolg angewendet werden könne oder nicht.

Es ist sicher, dass, um in der Abortivcur einen vollständigen Effect erzielen zu können, die von mir geübte Therapie gleich in den ersten Tagen, in welchen das Syphilom zum Vorscheine tritt, in Angriff genommen werden muss. Allerdings gehört eine grosse Uebung in der klinischen Beobachtung dazu, um gleich in den ersten Tagen die Diagnose auf Syphilom machen zu können. In den von mir beobachteten und behandelten Fällen konnten nicht nur ganz sicher die Charaktere des Syphiloms erkannt werden, sondern ich hatte auch Gelegenheit, die Exactheit meiner Diagnose dadurch zu begründen, dass ich die Person, von welcher die Infection ausging, untersuchte und dadurch, dass ich mehrere Kranke sehen und behandeln konnte, welche zu derselben Zeit von derselben syphilitisch erkrankten Frauensperson inficirt worden sind.

Allein wir können in der klinischen Praxis die Fälle nicht nach unserem Belieben wählen und wir müssen die Kranken in dem Zustande in unsere Cur nehmen, in dem sie sich uns vorstellen; nun hatte ich auch mit Kranken zu thun, die schon seit ungefähr 20 Tagen und noch mehr Syphilom hatten und auch mit solchen, bei denen die behandelnden Aerzte schon früher, ohne den Ausbruch der allgemeinen Syphilis abzuwarten, eine oder auch zwei Injectionen von Sublimatlösung

gemacht haben. Bei derartigen Kranken sind die dem Krankheitsherde benachbarten Lymphdrüsen beträchtlich infiltrirt und es drängt sich deshalb spontan der Gedanke auf, dass man in derartigen Fällen durch die galvanocaustische Aetzung der Syphilome das syphilitische Virus nicht zerstören könne, weil es zum Theile schon in die Lymphdrüsen eingedrungen ist. Ich habe deshalb mit Widerstreben und bloss auf die eindringlichen Bitten der Kranken, auch in einzelnen solchen Fällen meine Methode angewendet, mit der ausdrücklichen Erklärung jedoch, dass, da der operative Eingriff zu spät vorgenommen wurde, ein vollständiger abortiver Erfolg höchstwahrscheinlich nicht erzielt werden und dass man bloss eine Abschwächung der Krankheit erwarten könne.

Zu meiner grössten Verwunderung jedoch war die Cur auch in einzelnen derartigen Fällen von günstigem Erfolge begleitet und ich konnte hiebei eine Erscheinung beobachten, auf die ich schon in einer anderen Arbeit[1]) hinwies. Ich sah nämlich, dass unter dem Einflusse der Cur eine Resorption und Lösung der Infiltration in den Lymphdrüsen auftrat, und zwar namentlich in den Fällen, in welchen der Kranke sich tüchtig nährte und überhaupt hygienisch sehr gut lebte. In anderen derartigen Fällen, in denen es sich um bedürftige Kranke handelte, die sehr schlecht genährt waren, und in denen die Infiltrationen in den Lymphdrüsen nicht vollständig geschwunden sind, traten nach ungefähr sechs Monaten und noch später, leichte allgemein syphilitische Erscheinungen auf. In einem Falle z. B. beobachtete ich ein einziges kaum angedeutetes, abgeplattetes Condylom in der Nähe des Anus; in einem anderen zwei sehr kleine Schleimhautplaques an der Zunge, und schliesslich, in einem Falle, eine ganz geringgradige syphilitische Pharyngitis, kurzum Affectionen, die in kurzer Zeit verschwanden, ohne zu recidiviren. Es kann deshalb gar kein Zweifel darüber vorhanden sein, dass es sich auch in den letzteren weniger günstigen Fällen um abgeschwächte Formen von Syphilis handelte, und es scheint mir, dass diese Thatsachen in eminenter Weise die Vortheile, welche die von mir

---

[1]) Esiti notevoli delle adeniti sifilitiche curate col proprio metodo. Giorn. Ital. delle mal. ven. e della pelle. Fasc. III. 1900.

vorgeschlagene Methode anderen Methoden gegenüber bietet, zu zeigen geeignet sind.

Ich beabsichtigte mich in dieser Arbeit bloss auf die objectiven klinischen Thatsachen zu beschränken und möchte deshalb hier nicht auf wissenschaftliche Theorien eingehen.

Jedenfalls existiren die Thatsachen, auf die ich hinwies, und dieselben könnten durch die Pathologie erklärt werden. Wahrscheinlich wirken die galvanocaustischen Aetzungen, wie ich sie übe, local zerstörend auf den primitiven Infectionsherd und es erfolgt gleichzeitig eine Fernwirkung, wodurch auch chemisch-biologisch die Lösung und Zerstörung der Infectionsherde, die sich in den Lymphdrüsen gebildet haben, hervorgerufen wird.

Zu dieser Annahme berechtigen mich viele Thatsachen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte und von denen ich an anderer Stelle ausführlich zu berichten gedenke.

Aus der kgl. ungarischen dermatologischen Universitätsklinik zu Kolozsvár (Klausenburg).

Die Plasmazellen im Rhinoscleromgewebe;
insbesondere über die hyaline Degeneration derselben auch bei einigen anderen pathologischen Processen.

Ein Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Russel'schen Körperchen.

Zweiter Theil und Schluss der Arbeit: „**Zur Histologie des Rhinoscleroms.**'
S. Band LIII, Heft 2—3 dieses Archivs.

Von

Dr. **Thomas v. Marschalkó,**
Professor ord. für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik.

(Hiezu Taf. XIV.)

Nachdem ich im I. Theil dieser Arbeit jene Fragen, welche sich auf die Herkunft und das Wesen der Mikulicz'schen Zellen, so wie auf das nähere Verhältniss der Rhinosclerombakterien zu den Gewebselementen beziehen, beantwortet habe, erübrigt es mir nun auf jenen Theil meiner Untersuchungen einzugehen, die sich mit der Frage der Herkunft und des Wesens der sog. hyalinen Zellen des Rhinoscleroms, sowie jener stark lichtbrechenden kugeligen Gebilde beschäftigen, die man im Rhinoscleromgewebe massenhaft vorfindet, da über die Natur und Herkunft sowohl dieser letzteren, wie auch der hyalinen Zellen die bisherigen Arbeiten über Rhinosclerom keine definitive Entscheidung brachten. (cf. Capitel Literatur im ersten Theil dieser Arbeit.)

Da dieser Theil meiner Untersuchungen in engem Zusammenhang mit der Frage der sog. Russel'schen Körperchen steht und andererseits in gewisser Beziehung ein für sich abge-



sondertes Ganzes bildet, so glaubte ich ihm am zweckmässigsten im Rahmen meiner Rhinoscleromarbeit ein besonderes Capitel zu widmen, damit er denjenigen, die sich für diesen Gegenstand interessiren, leichter zugänglich wird, ohne dass sie deshalb genöthigt sein würden, auch den I. Theil dieser Arbeit zu berücksichtigen.

Ich muss gleich im Vorhinein erklären, dass ich nach meinen Untersuchungen mit voller Bestimmtheit behaupten kann, dass die unter dem Namen hyaline oder colloide Zellen beschriebenen Zellelemente des Rhinoscleromgewebes nichts anderes als Plasmazellen sind, die eine eigenthümliche Degeneration ihres Protoplasmas eingehen.

Bevor ich jedoch auf die nähere Beschreibung dieser Degeneration und der Entstehung der sog. Russel'schen Körperchen übergehe, will ich mich früher mit der Rolle der Plasmazellen im Rhinoscleromgewebe überhaupt, und dann mit einigen, von der erwähnten Degeneration verschiedenen regressiven Veränderungen derselben beschäftigen.

Dass das entzündliche Zellinfiltrat bei Rhinosclerom fast ausschliesslich aus Plasmazellen besteht, wurde bereits im I. Theil dieser Arbeit erwähnt, uud ich kann Unna beistimmen, dass es nur wenig andere krankhafte Processe gibt, wo die Plasmazellen in solcher Fülle vorkommen würden, wie eben beim Rhinosclerom, wo das „Plasmom" so mächtig entwickelt wäre, wie hier.

Es gibt wohl aber auch kein zweites Object, wo die regressiven und degenerativen Veränderungen der Plasmazellen so ausgiebig und erfolgreich zu studieren wären, als beim Rhinosclerom. Die ungemeine Chronicität des Leidens scheint das Zustandekommen derselben zu begünstigen.

Wenn aber einzelne Veränderungen der Plasmazellen auch zweifellos an das specifische Virus des Rhinoscleroms geknüpft sind, so kann man sie doch nicht sensu strictiori „specifisch" nennen, indem ebensolche Veränderungen und degenerative Processe der Plasmazellen auch bei anderen Processen unter



dem Einfluss eines anderen Virus vorkommen, wie ich mich davon zweifellos überzeugen konnte.

Wenn man auf meinem Standpunkt der Plasmazellenlehre — wie ich das in einem jüngst erschienenen Aufsatz (61) näher präcisirte, steht, so wird das ganz natürlich erscheinen. Die Plasmazelle ist ja eben keine specifische Zelle; sie sind nichts anderes, als durch eine progressive Zellthätigkeit, seitens des sich wehrenden Organismus, bei den verschiedensten reactiven Processen aus den Lymphocyten producirte Zellelemente; sie bilden bei den Schädigungen des Bindegewebes oder des Epithels — mögen diese infectiöser oder mechanischer Natur sein — gleichsam einen Schutzwall, der der weiteren Verbreitung des Processes ins gesunde Gewebe hinein sicherlich hinderlich ist. Die Plasmazellen haben also bei den verschiedensten Processen stets dieselbe Bedeutung und unterscheiden sich bei denselben gegenseitig ebensowenig, als sie bei den verschiedenen pathologischen Processen keine specifischen Veränderungen, die an einen specifischen Agens gebunden sind, aufweisen können.

Dass ein grosser Theil der Plasmazellen — die sonst mit grosser Stabilität ausgestattet sind — nach verschieden — aber meist ziemlich — langem Bestehen regressiv zu Grunde gehen, und zwar bei den verschiedensten pathologischen Processen auf der gleichen Weise zu Grunde gehen, kann heute schon als eine feststehende Thatsache angenommen werden. Hier stehe ich in Uebereinstimmung mit Unna und insbesondere mit Krompecher (59), der die regressiven Veränderungen der Plasmazellen einem besonderen Studium unterzogen hat. Krompecher spricht von normalen d. h. von gewöhnlichen, nicht veränderten, und im Gegensatz hierzu von pathologisch veränderten Plasmazellen, welche in regressiver Metamorphose begriffen sind. Ich denke, dass diese Distinction, wenn sie auch sonst ganz richtig ist, doch zu neuen Missverständnissen Anlass geben kann, und solcher hat es schon genug in der Plasmazellenlehre gegeben. Schon die Benennung „Plasmazelle“ hat zu manchen Unzukömmlichkeiten Anlass geboten, indem manche Forscher, so z. B. Ramon y Cajul die Unna'schen Zellen be-



ständig mit Ehrlich's Mastzellen verwechseln (s. meine oben citirte Arbeit). Man sollte also vermeiden, durch neue Benennungen die Frage noch complicirter zu machen. Denn es wird ohnedies eine Zeit lang dauern, bis jeder Forscher Kenntniss davon nimmt, dass unter „Plasmazelle" stets nur die Unna'schen Zellen zu verstehen sind, dass dieselben mit Waldeyer's Plasmazellen gar nichts zu thun haben, dass Waldeyer dies selbst erklärt hat, und dass unter „Plasmazellen" von nun an selbst Waldeyer nur mehr die Unnaschen Zellen verstanden wissen will, indem er selbst erklärte, dass seine (Waldeyer's) Plasmazellen mit Ehrlich's Mastzellen identisch seinen und mit Unna's Zellen nichts zu thun haben. Ausser den Unna'schen Plasmazellen, den „typischen" Plasmazellen, welche aus den Lymphocyten entstehen, kennen wir aber jetzt schon auch die „atypischen" Plasmazellen (Hodara's Pseudoplasmazellen), die den grossen mononucleären Leukocyten ihren Ursprung verdanken, sich von den ersteren aber durch ihre morphologischen Differenzen unterscheiden. Auch wissen wir schon, dass die typischen Plasmazellen nicht immer pathologische Gebilde seien, sondern schon unter normalen Verhältnissen in gewissen Organen vorkommen. Das wären also die „normalen" Plasmazellen, den ersteren, den „pathologischen Plasmazellen" gegenüber. Wenn also nun Krompecher in einem anderen Sinne von normalen und pathologischen Plasmazellen spricht, so könnte das — denke ich — wenn man die ganz richtige Distinction Krompecher's ausser Acht lässt, doch zu Missverständnissen Anlass geben. Denn die „normalen" Plasmazellen Krompecher's sind eigentlich nicht normal, indem die Plasmazellen, diejenigen ausgenommen, welche in normalen Organen vorkommen, stets pathologische Gebilde sind, oder besser ausgedrückt, eine pathologische Bedeutung besitzen.

Deshalb wäre es meiner Ansicht nach richtiger, wenn man nur von einer regressiven Metamorphose, von den verschiedenen Degenerationen der typischen Plasmazellen, und nicht von pathologischen Plasmazellen spricht.

Ich kann mich bei der Beschreibung der verschiedenen regressiven Metamorphosen der Plasmazellen beim Rhinosclerom



— die hyaline Degeneration, wie erwähnt, ausgenommen — ziemlich kurz fassen.

Ich habe bereits in meiner Arbeit „zur Plasmazellenfrage" angedeutet, dass ich Krompecher's Befunde über die regressiven Metamorphosen der Plasmazellen im Allgemeinen bestätigen kann; und auch im Rhinoscleromgewebe fällt ein grosser Theil der Plasmazellen — ganz abgesehen vorläufig von der hyalinen Degeneration — ebenfalls einer regressiven Metamorphose anheim, und geht zu Grunde. Solche degenerirte Plasmazellen findet man hauptsächlich in den etwas älteren Partien der Geschwulst, wo also schon Mikulicz'sche Zellen auch in grosser Anzahl vorhanden sind, während in den ganz jungen Partien, besonders gegen das gesunde Gewebe hin, wo das ganze Zellinfiltrat fast ausschliesslich von Plasmazellen besorgt wird, dieselben meistens wohl erhalten und schön entwickelt sind, und keine Zeichen einer Degeneration aufweisen.

Das Bild, unter welchem die erwähnte Degeneration der Plasmazellen auftritt, ist Folgendes.

Das erste und auffallendste Symptom ist, dass das Protoplasma solcher Zellen sich schlecht färbt. Ob es sich um Methylenblaufärbung oder um die Apáthy'sche Dreifach-Färbung handelt[1]) (denn mittels dieser ist der ganze degenerative Process ebenfalls ganz ausgezeichnet zu studieren), stets kann man auf den ersten Blick constatiren, dass das Protoplasma solcher Plasmazellen sich nicht mehr so gesättigt mit Methylenblau oder Hämatein färbt, wie die ringsherum stehenden noch unveränderten Plasmazellen, dass das Protoplasma die Affinität zum Farbstoff eingebüsst hat. Ausserdem ist der ganze Zelleib etwas vergrössert, die Zellcontouren sind nicht mehr scharf gezeichnet, sondern verschwommen, hier und da erscheinen sie wie ausgenagt, zackig. Das schwächer gefärbte Protoplasma

---

[1]) Auf die von mir benützte Technik bin ich im I. Theil dieser Arbeit näher eingegangen. Die Apáthy'sche Dreifachfärbung besteht darin, dass die Schnitte zuerst in Hämatein-Lösung gefärbt, und dann mit Picrorubin (0·80 Grm. Ammoniumpicrat + 0·20 Grm. Säurefuchsin in 90 Grm. Aqu. destill. + 10 Grm. alkoh. absol. gelöst) nachgefärbt werden. Näheres s. dort, Capitel: Technik.

erscheint ausserdem etwas schollig, wie zerfetzt; in diesem Stadium kann man aber den perinucleären hellen Hof noch bei den meisten erkennen, d. h. die Randpartien des Protoplasma färben sich doch stärker, als die Mitte desselben.

Der Kern ist ebenfalls noch ziemlich unverändert; die charakteristischen groben Chromatinbalken resp. die an der Peripherie gelagerten Chromatinklumpen sind sehr stark gefärbt; sind auch hier und da vielleicht etwas grösser als sonst; das Kernkörperchen ist ebenfalls etwas vergrössert. Das ist der einzige Punkt, in welchem ich Krompecher's Befunde nicht ganz bestätigen kann. Er behauptet, dass bei dieser Degeneration der Plasmazellen, die er hauptsächlich bei infectiösen Processen u. a. bei syphilitischen Papeln, Tuberculose, Lepra, Aktinomycose, also gerade bei den infectiösen Granulationsgeschwülsten beobachtet hat, die erste und am meisten auffallende Veränderung den Kern betrifft, indem derselbe sich schwächer färbt, die groben Chromatinklumpen verschwinden, so dass das ganze Chromatinnetz sehr schwach ausgeprägt ist, und somit der Kern ein bläschenförmiges Aussehen gewinnt.

Wenn man bedenkt, dass das Rhinosclerom ebenfalls den infectiösen Granulationsgeschwülsten angehört, so müsste man annehmen, dass ich diese Art der Degeneration der Kerne der Plasmazellen im Rhinoscleromgewebe viel öfters zu Gesicht bekommen habe. Das ist aber nicht der Fall. Ich habe zwar öfters solche Plasmazellen gesehen, deren Zelleib die erwähnten Veränderungen aufwies, und deren Kerne ebenso aussahen, wie das Krompecher beschreibt und auch abbildet, also die Kerncontouren sind etwas geschrumpft, zackig, und sehr stark gefärbt, das Chromatinnetz ist aber sammt den groben perihperischen Chromatinklumpen verschwunden, und nur in der Mitte findet man ein, zuweilen zwei, etwas grössere, und sehr stark gefärbte Kernkörperchen (das halte ich wenigstens entschieden dafür, und nicht für Chromatinkörner), so dass der Kern in der That ein bläschenförmiges Aussehen bietet. Solche Plasmazellen kommen aber im Verhältniss zu den anderen, schon beschriebenen, nur in viel kleinerer Anzahl vor. Bei den meisten bieten die Kerne das früher erwähnte Aussehen

dar, so dass sie selbst in späteren Stadien der Degeneration noch ganz sicher als Plasmazellenkerne erkennbar sind. Mit dem Fortschreiten der Degeneration färbt sich das Protoplasma immer schlechter und schlechter und zerbröckelt sich langsam, so dass endlich nur der Kern mit noch etwas daran haftenden kümmerlichen Protoplasmaresten übrig bleibt.

Endlich zerfällt auch der Kern und damit ist die Plasmazelle ganz zu Grunde gegangen. Diese zerbröckelten Protoplasma- und Kernreste findet man überall reichlich um die — theilweise noch wohl erhaltenen, theilweise bereits degenerirten — Plasmazellen herum; und dass es sich hier wirklich um Plasmazellenreste handelt, kann man an den, bei den theilweise schon zerfallenen Kernen noch immer vorhandenen charakteristischen wandständigen Chromatinkörnern erkennen, ganz abgesehen davon, dass man den Zerfall der Plasmazellen von Schritt zu Schritt verfolgen kann.

Ich habe solche degenerirte und zerfallene Plasmazellen auch abgebildet.

Ausserdem konnte ich die von Krompecher beschriebene „vacuoläre" Degeneration der Plasmazellen beobachten. Also: der Zelleib wird grösser und färbt sich ebenfalls schwächer (wie bei den früher beschriebenen Plasmazellen); die Zellcontouren sind aber gut erhalten, und im Innern des Zelleibes treten anfangs in spärlicher, später in stets grösserer Anzahl, kleinere und grössere ganz ungefärbte kreisrunde Körper auf, so dass das Protoplasma in der That ein vacuoläres Aussehen bietet. Der Zellkern ist gewöhnlich gut erhalten.

Diese in „vacuolärer" Degeneration befindlichen Plasmazellen treten aber im Rhinoscleromgewebe an Zahl weit hinter den früher beschriebenen zurück.

Auch die verschiedensten Formen der Karyorrhexis konnte ich an den Plasmazellenkernen beobachten.

Was endlich Krompecher's interessante Befunde über die Plasma-Mastzellen anbelangt, so kann ich dieselben vollkommen bestätigen.

Ich sah sehr viele solche Zellen, welche ganz die charakteristischen morphologischen Eigenschaften typischer Plasmazellen aufwiesen; insbesondere der Kern war so typisch, dass

es für mich gar nicht zweifelhaft sein kann, dass es sich bei diesen Zellen ganz sicher um Plasmazellen gehandelt hat. Das Protoplasma zeigte aber deutliche, gesättigt gefärbte, basophile Granulationen, die sich von den Mastzellengranulis gar nicht unterscheiden. Bei Methylenblaufärbung färbten sich diese Granulationen in violettem resp. röthlichem Ton, bei der Hämatein-Picrorubin Färbung in sehr schöner dunkel violetter Nuance.

In grösserer Anzahl fand ich beim Rhinosclerom solche Zellen in den etwas älteren Theilen der Geschwulst, zwischen kollagenen Bündeln, gemischt mit typischen Plasmazellen und Mastzellen.

Sie unterscheiden sich auch in nichts anderem von den neben ihnen liegenden wirklichen Mastzellen, als dass sie nicht die langgestreckten, manchmal ganz abenteuerlichen Formen der letzteren aufweisen, sondern stets rund, oder doch von rundlich-ovaler Gestalt, wie die typischen Plasmazellen sind, und dass die Kerne der Mastzellen blässer gefärbt sind, und eine andere Chromatinfigur zeigen.

Inwieweit ein wirklicher Zusammenhang zwischen Plasmazellen und Mastzellen besteht, müssen spätere Untersuchungen lehren; ich wollte nur die Thatsache registriren, die ich, seitdem mein Augenmerk darauf gerichtet ist, ausser Rhinosclerom auch schon bei anderen pathologischen Processen gefunden habe, dass nämlich im Protoplasma typischer Plasmazellen Mastzellen-Granulationen auftreten können.

Ausser den regressiven Metamorphosen der Plasmazellen steht in der neueren Zeit auch eine progressive Metamorphose derselben auf der Tagesordnung, seit Krompecher die, zuerst von mir aufgeworfene Möglichkeit, dass sich die Plasmazellen direct zu Bindegewebszellen umzugestalten vermögen, und somit das Bindegewebe — da die Lymphocytennatur der Plasmazellen bereits eine erwiesene Thatsache ist — auch hämatogenen Ursprunges sein kann, in entschieden bejahendem Sinne beantwortet hat.

Ich verweise diesbezüglich wiederum an meine jüngst erschienene Arbeit „zur Plasmazellenfrage" (cf. Literatur 61), und will hier nur so viel bemerken, dass ich jetzt auch an



dem dort ausgesprochenen Standpunkt stehe, dass mir nämlich die directe Umwandlung der Plasmazellen zu spindelförmigen Bindegewebszellen zumindest wahrscheinlich erscheint, wenn ich auch meinerseits die Frage des hämatogenen Ursprunges vom Bindegewebe noch nicht für endgiltig bewiesen betrachten kann.

Das Rhinoscleromgewebe, wo einerseits so massenhaft Plasmazellen, und andererseits so viel neugebildetes Bindegewebe vorkommt, bietet ein sehr günstiges Terrain zum Studium der erwähnten Frage.

In der That habe ich auch bei den Untersuchungen vom Rhinoscleromgewebe oft solche Bilder gesehen, die Krompecher erwähnt und abbildet, und die ich bereits früher (cf. Literatur: 1) beschrieben habe, und welche in der That für die obige Annahme sprechen: also collagene Bündel, die sonst gar keine anderen Zellelemente, als langgestreckte, spindelförmige Plasmazellen enthalten, welche als solche mit Sicherheit zu diagnosticiren sind.

Dabei fehlten an diesen Stellen Mitosen vollkommen. Solche Bilder habe ich besonders an denjenigen Stellen der Geschwulst gesehen, wo die collagenen Bündel augenscheinlich jüngeren Datums, frisch entstanden waren.

Da ich aber den Beweis, dass es sich bei den erwähnten spindelförmigen Plasmazellen nicht um eine Druckerscheinung seitens der collagenen Bündel handelt, nicht erbringen kann, so kann ich vorläufig nichts anderes sagen, als dass ich die Möglichkeit nicht von der Hand weisen kann, ja dass es mir direct wahrscheinlich erscheint, dass wenigstens ein Theil jener neugebildeten collagenen Bündeln, welche beim Rhinosclerom der hochgradigen Hypertrophie des collagenen Gewebes zu Grunde liegen, von den sich progressive fortentwickelnden Plasmazellen besorgt wird.

Die hyalinen Zellen und Russel'sche Körperchen im Rhinoscleromgewebe.

Und nun komme ich auf die Bildung hyaliner Zellen im Rhinoscleromgewebe, i. e. auf die hyaline Degene-





ration der Plasmazellen, und auf die Entstehung jener kugeligen Gebilde zu sprechen, die man dortselbst massenhaft vorfindet, und die zweifellos identisch mit jenen Gebilden sind, welche in der letzten Zeit unter dem Namen der sog. Russel'schen Fuchsin Körperchen eine gewisse Berühmtheit erlangt haben.

Es kann durchaus nicht meine Absicht sein, das grosse Capitel der „hyalinen" und „colloiden" Degeneration, die Unterschiede zwischen „Hyalin" und „Kolloid", sowie die ausführliche Literatur derselben und der Russel'schen Fuchsinkörper, die Beziehungen dieser letzteren zum Hyalin etc. hier ausführlich aufzurollen. Das hiesse auch grosse Erwartungen über meine mitzutheilenden Untersuchungsresultate wachzurufen, die der bescheidene Rahmen derselben gar nicht erfüllen könnte. Ich befinde mich eigentlich vor einem Dilemma. Meine Untersuchungen über die histologische Structur des Rhinoscleroms, und speciell über jene Fragen, deren Beantwortung ich mir zum Hauptziele gesetzt, und welche ich im I. Theil dieser Arbeit angeführt habe, sind abgeschlossen; somit auch jener Theil derselben, welcher sich auf die Genese der „hyalinen" Zellen und Russel'scher Körperchen im Rhinoscleromgewebe bezieht.

Was aber die Genese und Natur jener Gebilde anbelangt, die man als Russel'sche Fuchsinkörper, abgesehen vom Rhinosclerom, bei den verschiedensten anderen pathologischen Processen beschrieben hat, so sind meine Untersuchungen noch keinesfalls so zahlreich, dass ich sie für abgeschlossen betrachten könnte; geradezu nur im Anfangsstadium sind sie aber endlich, bezüglich des Vorkommens jener Gebilde, in ganz normalen Geweben. — Wollte ich nun abwarten, bis ich meine Untersuchungen noch mehr ausdehnen kann, und mit der Publication meiner Rhinoscleromarbeit noch weiter zögern, so hiesse es, bei der ungemeinen Ausdehnung des Gebietes des fraglichen Thema, die Mittheilung schon abgeschlossener Untersuchungsresultate auf eine gar nicht absehbare Zeit zu verschieben; und selbst dann liesse sich die eine Arbeit kaum im Rahmen der anderen unterbringen. Theile ich aber meine Befunde bezüglich der hyalinen Zellen und Russel'scher

Körperchen des Rhinoscleroms jetzt mit, so streift das unbedingt an das grosse Gebiet der hyalinen Degenerationen und der Fuchsinkörper im Allgemeinen.

Wenn ich mich also trotzdem entschlossen habe, dieselben schon jetzt mitzutheilen, so haben mich dazu folgende Gründe bewogen:

Einmal bin ich überzeugt, dass es wenig Capitel in der Pathologie gibt, welche so nothwendig einer Revision bedürften, als das Gebiet der „colloiden" und „hyalinen" Degenerationen, da man selbst noch darüber nicht ganz einig geworden ist, welche denn die eigentlichen Unterschiede zwischen „Hyalin" und „Colloid" sind, und was man eigentlich unter dem Einen und unter dem Anderen zu verstehen hat. Insbesondere ist es aber das Capitel der sog. Russel'schen Körperchen, wo zweifellos viel gesündigt worden ist; einmal und hauptsächlich, da Viele in ihnen die Erreger mancher Erkrankungen, deren Aetiologie vorderhand total unbekannt ist, erblicken, und sie für Parasiten der verschiedensten Art beschrieben wurden und noch immer werden; dann aber umgekehrt, da es nicht ausgeschlossen erscheint, sogar mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass es verschiedene Dinge von verschiedener Herkunft gibt, die unter dem Namen „Russel'sche" oder „Fuchsin"-Körper zusammengefasst werden. Zwar mehrt sich die Zahl derselben, die in den Russel'schen Körperchen einfache Zelldegenerationsproducte sehen, immer mehr. Doch vermochten sie bisher gegenüber den wahrhaft Fanatiker-Anhängern der Parasitentheorie fast gar nichts auszurichten.

Der Grund davon mag zum Theil auch daran liegen, dass die Entstehung derselben aus dem Zellprotoplasma, vom Anfangsstadium an noch nicht mit Sicherheit demonstrirt war.

Unter solchen Umständen halte ich aber jede Bestrebung, um den Begriff sowohl der hyalinen Degeneration, als der Russel'schen Körperchen etwas enger zu begrenzen, für die Klärung der strittigen Fragen von Wichtigkeit, und Arbeiten, welche dieser Bestrebung als Unterlage dienen, der Mittheilung auch dann werth, wenn sie sonst nicht das ganze umfangreiche Gebiet berühren.



Ausserdem handelt es sich bei meinen Untersuchungen um die Degeneration einer einheitlichen wohl definirten Zellgruppe, deren Morphologie sowohl als auch Herkunft zur Genüge studiert und sichergestellt ist, und über deren Rolle bei den verschiedensten pathologischen Processen unsere bisherigen Kenntnisse doch schon etwas mehr als wage Vermuthungen vorstellen; das sind nämlich die Unna'schen Plasmazellen, deren eigenthümliche Degeneration ich bei meinen Untersuchungen sehr deutlich verfolgen, und die Entstehung der Russel'schen Körperchen aus dem Zellprotoplasma vom Anfangsstadium an genau beobachten konnte.

Freilich sind die ersten Fragen, die sich hier aufdrängen, die folgenden: Entstehen nun alle, bisher als Russelsche Körperchen beschriebenen Gebilde aus den Plasmazellen? Und wenn nicht, welcher Herkunft sind die anderen? Gibt es in diesem Falle irgendwelche morphologische oder tinctorielle oder anderweitige Unterschiede, die eine Differencirung der hyalinen Kugeln verschiedener Herkunft gestatten? Oder wird es nicht nothwendig sein, der grossen Gruppe „Fuchsinkörperchen" manche Ecken abzuschlagen (so wie es zum Theile schon mit dem „Hyalin" geschehen ist, da wir doch z. B. seit Weigert's Untersuchungen wissen, dass ein grosser Theil dessen, was früher als Hyalin beschrieben wurde, dem Fibrin angehörig ist), so dass manches, was früher für Fuchsinkörperchen gehalten wurde, als nicht hinein gehörig, ausgeschaltet wird?

Sind sie rein pathologische Gebilde, kommen sie nur in pathologisch verändertem Gewebe vor, oder sind die in normalen Geweben als Russelsche Körper beschriebene Elemente identisch mit denselben, die man in pathologisch veränderten Geweben, besonders bei Geschwülsten vorfindet? Das sind eben diejenigen Fragen, auf welche ich nach meinen bisherigen Untersuchungen noch keine, oder doch vorläufig keine definitive Antwort zu geben vermag.

Zwar habe ich meine Untersuchungen bezüglich der Natur und Genese der Russel'schen Körperchen ausser Rhinosclerom schon bis jetzt auch auf andere pathologische Processe, auf syphilitische Sclerosen, in der allerletzten Zeit — insbesondere noch auf Carcinome und Sarcome ausgedehnt; und die übereinstimmenden, nicht fehlzudeutenden Resultate derselben, dass nämlich die fraglichen Gebilde überall von derselben Herkunft und Bedeutung, kurz überall identisch sind, scheinen mir schon mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit darauf hinzudeuten, dass ich auf der rechten Spur bin.

Eben deshalb denke ich, dass meine Untersuchungen auch zur Nacharbeit anregen, oder eine nochmalige Prüfung anderer diesbezüglicher, schon stattgehabter Untersuchungen herbeiführen werden; und dann ist zu hoffen, dass man, den einmal eingeschlagenen Weg verfolgend, doch früher eine Klärung der Frage erzielen wird.

Und das ist der Hauptgrund, weshalb ich es für opportun halte, mit meinen Untersuchungen schon jetzt vor die Oeffentlichkeit zu treten, obzwar ich wiederhole, dass ich dieselben noch keinesfalls für abgeschlossen betrachte.

Dann hat mich aber gerade das Studium der umfangreichen Literatur belehrt, dass manche werthvolle Daten bezüglich der Genese der Fuchsinkörper deshalb unausgenützt geblieben, da sie in den Rahmen anderer grösserer Arbeiten eingeschmolzen, schwer auffindbar sind, und der Anfmerksamkeit entgingen.

Man wolle nur z. B. Wolkowitsch's Beschreibung und Abbildungen über die hyaline Degeneration der „Rhinoscleromzellen", die er seiner Arbeit (35) beigibt, mit den in der neuesten Zeit erschienenen Arbeiten und Tafeln Hanseman n's (62), oder Thorel's (63) vergleichen, um einzusehen, dass Wolkowitsch die zellige Natur der „hyalinen Kugeln" schon damals noch vor dem Erscheinen der Russel'schen Arbeit ziemlich gut beschrieben und zur Abbildung gebracht hat.

Hierher gehören zum Theil auch die sehr werthvollen Arbeiten Unna's (64) über hyaline Degenerationen, sowie einige interessante Capitel seiner Histopathologie, welche



bei späteren Nacharbeitern nicht gebührend gewürdigt wurden, offenbar da sie manchen unter ihnen entgangen sind.

Und deshalb habe ich es für opportun gehalten, meine Untersuchungen zwar im Rahmen meiner Rhinoscleromarbeit, als auch hineingehörig, doch gewissermassen abgesondert, als eine separate Arbeit zu publiciren.

Ich beschränke mich hauptsächlich nur darauf, meine Befunde mitzutheilen; bezüglich der Literatur Uebersicht verweise ich vorläufig auf Lubarsch's ausgezeichnete Referate über hyaline Degeneration und Russel'sche Körperchen im I. und IV. Jahrgang der „Ergebnisse". Soweit es aber nothwendig ist, werde ich auf einige Punkte der wichtigeren Arbeiten, die ich selbstredend im Original gelesen habe, indem sie Bezug auf meine Resultate haben, kurz eingehen.

Es ist mir also bei meinen mit der Apáthyschen Dreifachfärbung gefärbten Rhinosclerompräparaten aufgefallen, dass inmitten wohlerhaltener oder auf verschiedener Weise degenerirter Plasmazellen, von welchen früher die Rede war, einzelne ein besonderes Aussehen bieten.

Dieselben stimmen sonst morphologisch genau mit den um sie herum liegenden typischen Plasmazellen überein, höchstens ist der Zelleib etwas vergrössert.

Dasselbe zeigt aber eine deutliche Körnung, das ganze Protoplasma ist voll gesäet mit ganz kleinen Granulis, so dass diese Zellen sonst genau das Aussehen der früher erwähnten Plasma-Mastzellen besitzen, nur — und das ist die Hauptsache — ist die Körnung nicht violett, sondern ganz deutlich gelb mit einem Stich in's Orange gefärbt. Dass es sich hierbei ganz sicher um Plasmazellen handelt, kann ich mit Bestimmtheit behaupten. Ganz abgesehen davon, dass diese Zellen sich — und zwar manchmal in grosser Anzahl — auf solchen Stellen befinden, wo fast ausschliesslich nur Plasmazellen vorkommen, abgesehen auch von den anderen charakteristischen morphologischen Merkmalen typischer Plasmazellen, also runde oder ovale Form, zumeist excentrisch gelegener Kern: schon der runde, genau die so charakteristische,

aus groben wandständigen Körnern bestehende Chromatinfigur typischer Plasmazellen aufweisende Zellkern, lässt über ihre Plasmazellennatur keinen Zweifel aufkommen. Dieser Kern ist auch ganz deutlich violett gefärbt, ebenso wie derjenige der typischen Plasmazellen und zeigt sonst keine Veränderung.

Die kleinen Granula nehmen also von der Apáthy'schen Farbenmischung die sauren Farbstoffe, u. zw. hauptsächlich das Ammoniumpikrat an.

Aus der basophilen Plasmazelle ist also eine acidophile Plasmazelle geworden.

Mit guten Systemen (ich arbeitete mit Zeiss'schen Apochromaten) kann man sich genau überzeugen, dass es sich hier um präformirte Granula handelt, welche den ganzen Zellleib dicht ausfüllen und nur den Kern frei lassen. Dieselben sind ungefähr so gross wie die Granula der eosinophilen Zellen oder der Mastzellen, oder etwas grösser, haben eine ganz regelmässige runde Gestalt mit sehr scharfen Contouren, und sind sehr stark lichtbrechend, so dass sie sich als kleine glänzende Kügelchen präsentiren. Bei sehr scharfer Einstellung kann man dort, wo die einzelnen Granula nicht sehr gedrängt nebeneinander sitzen, zwischen denselben ein sehr feines spongiöses Gerüst im Zelleibe erkennen. Ich bin demnach ganz der Ansicht Unna's (64), dass nämlich jene stark lichtbrechende Substanz aus dem flüssigen oder halbflüssigen Theil des Protoplasma, aus dem Granoplasma ausgeschieden wird, resp. durch eine Umwandlung desselben entsteht, während das Gerüst des „Protoplasma" das „Spongioplasma" zurückbleibt.

Man sieht aber neben den eben beschriebenen Zellen auch solche auftauchen, wo diese eigenthümliche Degeneration schon um einen Grad weiter vorgeschritten ist. Hier ist die Zelle bereits erheblich grösser, und die einzelnen Kügelchen ebenfalls vergrössert, doch noch ziemlich gleichmässig gross, so dass die Zelle grosse Aehnlichkeit mit einer Brombeere oder Maulbeere hat. Man hat den Eindruck, dass die ursprünglichen kleinsten Kügelchen miteinander verschmelzen, und dadurch zu grösseren Kugeln werden. Sonst sind sie ebenso stark lichtbrechend, scharf contourirt und gesättigt gelb mit einem Stich ins Orange gefärbt, zum Zeichen, dass dieselben



aus dem sauren Farbstoffgemisch Ammoniumpikrat Säurefuchsin, hauptsächlich das erstere, und nur zum geringen Theil das letztere annehmen. Der Zellkern ist aber noch ganz gut erhalten, und lässt keinen Zweifel aufkommen, dass es sich bei diesen Zellelementen ebenfalls, wie bei den früheren, um Plasmazellen handelt.

Erreicht dann der Wachsthum der gelben Kugeln einen grösseren Grad, so wird der Zellkern entweder an die Zellwand gedrückt oder bleibt in der Mitte, doch verliert er langsam die schöne runde Form und degenerirt allmälig. Solche Zellen sind dann bedeutend, 3—4 mal so gross wie die gewöhnlichen Plasmazellen, der Zelleib ist ganz dicht mit den, nunmehr schon bedeutend grösseren Kugeln ausgefüllt, die aber nicht mehr alle so gleichmässig gross sein können, sich öfters gegenseitig etwas abplatten und zwischen denen noch hier und da das erwähnte feine spongiöse Gerüst sichtbar ist. So lange nun die Zellmembran dem stark erhöhten inneren Druck Widerstand leisten kann, vergrössert sich die Zelle noch immer, so dass sie manchmal eine ganz abenteuerliche Grösse erreichen können; ich habe öfters solche gesehen, die 25—30 μ und noch mehr gemessen haben. Der Zellkern ist noch als solcher zu erkennen, doch ist er meist abgeplattet, oder nimmt die abenteuerlichsten Formen an.

Manchmal bleibt nur ein Chromatingerüst als Rest des Kernes übrig, welches in Form dunkelviolett gefärbter Klumpen oder manchmal in die Länge gezogener Fäden zwischen den einzelnen Kugeln sichtbar ist.

Oder zerbröckelt sich der Kern, wo aber an den grösseren Stücken noch oft das charakteristische wandständige Chromatingerüst der Plasmazelle zu erkennen ist. Die Zellmembran ist prall gespannt, doch noch ringsherum zu verfolgen, so dass man selbst bei den sehr grossen Exemplaren solcher Zellen sehen kann, dass es sich um eine einzige Zelle handelt.

Die Zahl der kugeligen Gebilde, die so eine Zelle beherbergt, kann verschieden sein; manchmal scheint der ganze Zellinhalt sich zu einer einzigen, riesig grossen, runden oder ovalen, glänzenden und immer scharf contourirten Masse um-

zugestalten, und nur an der einen Seite — bei ovalen Zellen stets an der einen Pole derselben — kann man den abgeplatteten, manchmal halbmond- oder sichelförmigen Kern erkennen, und an jenen Stellen, wo sich die homogene Masse nicht ganz an die Zellmembran anschmiegt, zwischen den beiden noch Reste des Sponginplasma. Der gewöhnliche Fall ist aber der, dass es mehrere zumeist grössere und einige kleinere Kugeln gibt.

Endlich springt aber die Zellmembram, und die kugeligen Gebilde schwärmen aus der Zelle heraus, und occupiren das benachbarte Gewebe. Dabei kommt es wiederum zu den verschiedensten Formationen. Sehr oft sieht man noch nach dem Springen der Zellmembran zwei bis drei grössere Kugeln beisammen bleiben, welche den gelappten, biscuitförmigen Kern von beiden Seiten umgeben, während mehrere, grössere bis kleinere Kugeln in verschiedener Entfernung frei liegen, doch so nahe, dass über ihre Zusammengehörigkeit kein Zweifel obwalten kann.

Ein andermal haften an dem Kern, welcher von der freiliegenden Seite noch seine runde Form besitzt, und nur den Kugeln zugewendete Seite zeigt denselben entsprechend Einbuchtungen, zwei oder auch drei grössere Kugeln, während mehrere frei ringsherum liegen. Manchmal habe ich auch solche Bilder gesehen, wie ich es in Fig. 18 abgebildet habe, wo also der Zellkern durch eine hyaline Kugel theilweise verdeckt wird, so dass man den Eindruck hat, als läge die hyaline Kugel im Kern selbst; doch kann man sich durch die Mikrometerschraube überzeugen, dass sie nicht in einer Ebene liegen. Manchmal habe ich ein perlschnurartiges Bild gesehen, 7—8 ziemlich gleiche Kugeln in einer Reihe, zwischen ihnen noch den zusammengedrückten Kern. Ich verweise diesbezüglich auf meine Abbildungen, und ich hoffe, dass dieselben die Mangelhaftigkeit meiner Beschreibung ersetzen werden.

Die freistehenden Kugeln sind fast alle ganz regelmässig kreisrund, wie mit dem Zirkel ausgemessen, hier und da oval, von äusserst scharfen Contouren und so stark lichtbrechend, dass die Contouren manchmal wie gedoppelt erscheinen resp. dass von der einen Seite ein schmaler, glänzender, heller Saum entsteht. Manche unter ihnen erreichen eine so bedeu-



tende Grösse, dass ich Kugeln gesehen habe, die im Durchmesser bis 25 μ gemessen haben. Die meisten sind jedoch bedeutend kleiner, etwa 10 bis 15 μ.

Diese gelben Kugeln heben sich an meinen Präparaten sehr scharf vom violetten Grundton der Schnitte ab, und sind schon mittels schwacher Vergrösserung sehr leicht aufzusuchen. Sowohl die beschriebenen Zellen, wie die freistehenden Kugeln sind im Rhinoscleromgewebe äusserst häufig vorhanden, kommen aber meistens nur an jenen Partien der Geschwulst vor, wo die Plasmazellen-Formation vorherrscht; hier findet man sie an manchen Stellen wirklich massenhaft.

Hier und da findet man auch in den älteren Partien der Geschwulst zwischen den collagenen Bündeln einzelne solche Zellen, oder auch freistehende Kugeln, was dafür spricht, dass dieselben sehr widerstandsfähig sind.

Dass sämmtliche, im Rhinoscleromgewebe vorkommende freistehende Kugeln auf der geschilderten Weise entstehen, also Zelldegenerationsproducte sind, darüber kann ich keinen Augenblick im Zweifel sein.

Ich betone nur hier nochmals, was ich bereits im I. Theil meiner Arbeit erwähnt habe, dass ich weder in jenen Zellen, noch aber in den freistehenden Kugeln jemals Rhinosclerombakterien gesehen habe, und somit mit ziemlicher Sicherheit behaupten kann, dass sie solche auch niemals enthalten.

Bemerken muss ich noch, dass sowohl die intracellulär, wie die freiliegenden kugeligen Gebilde auch mit anderen Färbemethoden darzustellen sind; eine besondere Affinität derselben scheint aber nur für saure Anilinfarbstoffe zu bestehen. So färben sich dieselben mittels der Van Gieson'scher Methode in Orangefarbe (Picrin + Säurefuchsin), mit Hämatein-Eosin hellrosaroth oder kirschroth. Mit alkalischen Farbstoffen (Methylenblau, Saffranin) färben sie sich viel schlechter — in blassblauer oder grünlich-blauer, resp. rother Farbe, mit Carbolfuchsin werden sie ziemlich intensiv roth gefärbt. Bei meinen Präparaten; die nur mit Hämatein gefärbt waren, habe ich sie nie zu Gesichte bekommen können. Mittels der Gram-

schen resp. Gram-Weigert'schen Färbemethode färben sich aber die Gebilde in ganz dunkel-schwarz violetter Farbe. Auch jedem Entfärbungsversuch leisten sie energisch Widerstand. Für das Studium der Herkunft dieser freiliegenden Kugeln und der Entstehung derselben zu Grunde liegenden Zelldegeneration hat aber die von mir benützte Apathy'sche Dreifachfärbung — wenigstens nach meinen Erfahrungen — vor allen anderen entschieden den Vorzug, da mittels derselben sowohl Zellkerne als Protoplasma in Contractfarbe gefärbt erscheinen, und die feinen Einzelheiten des — besonders beim Rhinoscleromgewebe — ziemlich kaleidoskopartigen histologischen Bildes — wie ich das bereits im I. Theil dieser Arbeit erwähnte — sehr instructiv zum Vorschein kommen.

Konnte schon nach diesen Befunden mir unzweifelhaft erscheinen, dass es sich bei den beschriebenen Veränderungen der Plasmazellen im Rhinoscleromgewebe um eine sog. hyaline Degeneration derselben handelt, und dass die freiliegenden hyalinen Kugeln identisch mit jenen Gebilden sind, die man unter dem Namen „Russel'sche Körper" beschrieben hat: so war der erste nächstliegende Gedanke, nach der Anwesenheit dieser letzteren auch bei solchen anderen pathologischen Processen zu forschen, wo dieselben in grosser Anzahl vorkommen sollen, um zu erfahren, ob ihre Plasmazellen-Abstammung auch dort zu constatiren ist. Im bejahenden Falle wird dadurch einerseits ein gewichtiger Beitrag zur Entstehung der Russel'schen Körperchen überhaupt geliefert, da man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit annehmen könnte, dass sie überall aus den hyalin degenerirten Plesmazellen hervorgehen; andererseits aber werden sich die bisher als hyaline oder colloide Zellen des Rhinoscleroms beschriebene Zellelemente — also hyalin degenerirte Plasmazellen — für nicht specifische Elemente desselben erweisen, und wird dieser schon a priori wahrscheinlichen Annahme eine sichere Unterlage geschaffen.

Meine diesbezüglichen Untersuchungen sind zwar vorläufig nicht sehr zahlreich, doch die Resultate derselben umso interessanter.

Vor allem habe ich in syphilitischen Sclerosen, die ich extra für diesen Zweck ausgeschnitten habe, mit der Hämatein-Picrorubin-Methode nach diesen Gebilden gefahndet. Meine Erwartungen haben sich erfüllt, denn, zwar nicht so zahlreich wie im Rhinoscleromgewebe, so konnte ich doch auch in Sclerosen die Anwesenheit der homogenen hyalinen Kugeln, wie auch der hyalin degenerirten Plasmazellen constatiren, so dass über den genetischen Zusammenhang beider Gebilde auch hier kein Zweifel obwalten kann. Um Wiederholungen zu vermeiden, verzichte ich auf die nähere Beschreibung des ganzen Degenerationsprocesses, da derselbe mit dem beim Rhinosclerom beobachteten ganz identisch ist. Einige dieser degenerirten Plasmazellen der Sclerose mit den hyalinen Kugeln habe ich in Fig. 20 abgebildet.

Mit noch grösserer Spannung sah ich der Untersuchung von Carcinomen entgegen, da dieselben doch für den classischen Fundort der Russel'schen Körperchen gelten.

Das Material hierzu lieferte eine auf meiner Klinik befindliche Patientin, die wegen einer Neubildung der Unterlippe aufgenommen wurde, und der ich ein Stück der Geschwulst behufs mikroskopischer Bestätigung der makroskopisch bereits gestellten Diagnose Carcinom exstirpirte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab in der That ein typisches Epitheliom. Zu meiner grossen Freude konnte ich aber in den mit Hämatein-Picrorubin gefärbten Präparaten dieselben hyalin entarteten Zellen und freistehenden Kugeln entdecken, wie im Rhinoscleromgewebe, und mit Bestimmtheit constatiren, dass dieselben mit jenen ganz identisch, dass nämlich jene Zellen Plasmazellen sind, die freistehenden „Russel'schen Körperchen" aber nichts anderes als solche hyaline Kugeln sind, die zuerst in den degenerirten Plasmazellen enthalten waren, und erst nach dem Springen der Zellmembran freigeworden sind.

Ich kann zwar nicht behaupten, dass in diesem einen Fall von Carcinom die fraglichen Gebilde in grosser Anzahl vorhanden waren, doch lässt ihre Deutung keinen Zweifel zu.

Auch waren sie nur an jenen Stellen zu finden, wo bei den Carcinomen die Plasmazellen zu finden sind, nämlich nicht im specifischen carcinomatösen Gewebe, sondern im bindegewebigen Stroma zwischen den Epithelnestern, und in der kleinzelligen Infiltration, welche sich auf der Grenze der Neubildung gegen das gesunde Gewebe hin wie ein Schutzwall der Epithelwucherung entgegenstellt.

Ich wollte aber meine Untersuchungen auch auf andere Carcinome und womöglich auch auf Sarcome ausdehnen, und da ich selbst nicht über frisches Material verfügte und nicht warten wollte, bis solches vorräthig sein wird, so stellte mir der Director des hiesigen pathologischen Institutes, Herr Professor Dr. Colomann v. Buday, aus der reichhaltigen Sammlung mikroskopischer Präparate der Anstalt eine Reihe theils von Carcinomen, theils von Sarcomen vor kurzer Zeit angefertigte mikroskopische Präparate zur Verfügung, welche mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt waren, folglich zum Studium der fraglichen Gebilde sich geeignet haben.

Ich bin hierfür meinem Collegen zum grossen Dank verpflichtet, und spreche denselben auch öffentlich aus, denn die Resultate dieser Untersuchungen, die ich hiermit mit seiner Einwilligung kurz mittheile, bilden in der That eine sehr werthvolle Ergänzung meiner bisherigen Befunde.

Unter den Carcinomen waren besonders ein Cylinderepithelkrebs des Magens und ein Adeno Carcinoma ventriculi, wo sich die fraglichen Gebilde in solcher Menge vorfanden, dass sie schon mittels schwacher Vergrösserung auf den ersten Blick aufzufinden waren.

Aber selbst so hat man schon constatiren können, dass sie nirgends im specifischen carcinomatösen Gewebe vorhanden waren, sondern nur an den früher erwähnten Stellen, zwischen den Zellsträngen im bindegewebigen Stroma, und in der Zellinfiltration am Grenzgewebe. Mittels starker Vergrösserung konnte ich mich dann ganz deutlich überzeugen, dass es sich hier ebenfalls um denselben Process handelt, wie ich das bei Rhinosclerom beschrieben habe; dort, wo die fraglichen Gebilde vorkommen, sind ausser



Plasmazellen überhaupt kaum andere Zellelemente vorhanden; ausserdem konnte ich die Entstehung der hyalinen Kugeln in den Plasmazellen selbst vom Anfangsstadium der Degeneration bis zum Austritt der freigewordenen Kugeln ebenso deutlich beobachten, wie ich das beim Rhinosclerom ausführlich schilderte.

Ich muss zwar wiederholen, dass die Färbung mit Eosin nicht so instructive Bilder liefert, wie die Picrorubinfärbung Apáthy's; nicht als wenn die hyalinen Gebilde das saure Eosin nicht gierig aufnehmen würden. Sie färben sich alle sehr schön in rosarother Farbe, doch heben sich die Contouren der einzelnen Kugeln nicht so scharf ab, wie bei Apáthy's Methode; deshalb ist die Orientirung bei solchen Zellen, deren Leib mit solchen Kugeln voll gepfropft ist, etwas schwieriger. Und dann kommt noch ein Umstand hierzu. Bei der Hämatein-Pircrorubin-Färbung tingiren sich die hyalinen Gebilde in sehr scharfem gelben bis schwach orangegelbem Ton, das Collagengewebe nimmt aber das Säurefuchsin (Rubin) an, und wird in contraster Farbe intensiv purpurroth gefärbt; das fällt natürlich bei der Hämatein- oder Hämatoxylin-Eosin-Tinction weg. Nichtsdestoweniger konnte ich bei den erwähnten Präparaten, da die Kerne mit Hämatoxylin sehr schön gefärbt waren, die Kerne der, mit rothen hyalinen Kugeln vollgepfropften Zellen ganz sicher als Plasmazellenkerne erkennen.

Es gibt noch einen Umstand, den ich mir bei der Untersuchung der mit Hämatoxylin-Eosin gefärbten Präparate zu Nutzen gemacht habe.

Ich konnte nämlich constatiren, dass die Körnung der eosinophilen Zellen auch bei dieser Färbung in einer anderen Nuance färbt, als die kleinsten Kugeln der acidophil gewordenen Plasmazellen, und auch die grösseren intracellulär- und freiliegenden hyalinen Kugeln. Der Hinweis auf diese Thatsache scheint mir, mit Rücksicht darauf, dass Manche nicht abgeneigt zu sein scheinen, zwischen der Körnung der eosinophilen Zellen und der hyalinen Kugeln einen Zusammenhang zu erblicken, nicht ganz überflüssig zu sein. Nicht, als wenn man die eosinophilen Zellen schon nach den morphologischen Merkmalen auf den ersten Blick von den beschriebenen acido-



philen, gekörnten Plasmazellen, den Mutterzellen der hyalinen Kugeln, nicht genau unterscheiden könnte, und als wenn eine Verwechslung überhaupt vorkommen könnte. Schon der gelappte, eingebuchtete, fragmentirte Kern der eosinophilen Zellen, welcher von den ganz charakteristischen runden Kern der Plasmazellen total verschieden ist, lässt eine solche nicht zu. Dennoch will ich von meiner Beobachtung Erwähnung thun. In den von einem Carcinom stammenden Präparaten also habe ich sehr viel eosinophile Zellen gesehen. Die Körnung derselben war stets in der bekannten, sehr lebhaften rosarothen Nuance gefärbt, während die Körnung der acidophilen Plasmazellen, sowie die grösseren hyalinen Gebilde in einer etwas blasseren, matten Nuance gefärbt waren, so dass der Farbenunterschied auf den ersten Blick auffallen musste.

Ob die von Török (65), Tommasoli (66), Unna (67) etc. an den Epithelzellen selbst, bei Carcinomen und anderen epithelialen Neubildungen beschriebenen Veränderungen eine Analogie mit der hyalinen Degeneration der Plasmazellen aufweisen, resp. die von den genannten Autoren beschriebenen hyalinen oder colloiden Gebilde in den Epithelzellen der Carcinome in Verwandtschaft mit den in den Plasmazellen auftretenden hyalinen Einschlüsse stehen, darüber kann ich mich vorläufig nicht äussern, da ich vorderhand keine Gelegenheit hatte, meine Untersuchungen auch auf dieses Thema auszudehnen.

Mit ebenso grosser Spannung, wie der Untersuchung von Carcinomen, sah ich derselben von Sarcomen entgegen. Dass die Sarcomzellen — mag es sich um spindelzellige oder um rundzellige Sarcomen handeln — mit den Plasmazellen absolut nichts zu thun haben, und dass die letzteren bei Sarcomen eben so eine Rolle spielen, wie bei den Carcinomen — d. h. dass im eigentlichen Sarcomgewebe keine Plasmazellen vorkommen, und nur die kleinzellige Infiltration um die, die Geschwulst durchziehenden Gefässe herum, und am Grenzgewebe besteht hauptsächlich aus Plasmazellen, somit die Ansammlung dieser letzteren hier auch nur die Bedeutung eines demarkirenden Grenzwalls hat —, darauf habe ich bereits in meiner Plasmazellenarbeit (1) hingewiesen.

Unter den von mir untersuchten Sarcomen war besonders ein Sarcoma endotheliale der Wange, von einer alten Frau herrührend, in welchem sowohl die freiliegenden hyalinen Kugeln, wie auch die homogenen Zelleinschlüsse in grosser, sogar auffallend grosser Anzahl vorhanden waren. Ich konnte aber auch hier auf das Deutlichste constatiren, dass es sich bei der Bildung der fraglichen Gebilde ganz um denselben Process handelt, wie beim Rhinosclerom und Carcinom; nämlich um eine hyaline Degeneration der Plasmazellen mit dem späteren Freiwerden der hyalinen Kugeln. Hier suchte ich ebenso vergebens, wie bei den Carcinomen, in der eigentlichen Geschwulstmasse nach den hyalinen Kugeln; dieselben waren nur dort zu finden, wo die Plasmazellen vorkommen, d. h. im nicht specifischen entzündlichen Zellinfiltrat.

Ausserdem konnte ich durch die Freundlichkeit des Hrn. Prof. v. Buday mehrere Präparate, die von einem Ulcus ventriculi rotundum stammten, und mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt waren, untersuchen, und konnte hier ebenfalls ziemlich viel theils freiliegende, theils intracellulär gelegene hyaline Kugeln im entzündlichen Zellinfiltrat nachweisen; auch hier waren die hyalin degenerirten Zellen mit Sicherheit als Plasmazellen zu erkennen, auch hier konnte ich constatiren, dass die grossen freistehenden „Russel'schen Körperchen" nichts anderes als ursprünglich im Plasmazellenleib enthaltene hyaline Kugeln sind.

Weiter konnte ich meine Untersuchungen leider nicht ausdehnen; ich gedenke aber dieselben fortzusetzen, und auf alle jene Fragen, die ich eingangs erwähnte, einzugehen.

Wenn ich also nun versuche, die genannten Beobachtungen an der Hand der bisherigen Literatur einer kurzen Epikrise zu unterziehen, so kann es meines Erachtens ebensowenig einem Zweifel unterliegen, dass erstens die beschriebene eigenthümliche Degeneration der Plasmazellen im Capitel der hyalinen Degenerationen zu unterbringen ist, als dass zweitens die freigewordenen hyalinen Kugeln in die Gruppe jener Gebilde gehören, die unter dem Namen Russel-

sche oder Fuchsinkörperchen beschrieben werden. Dass die — im Anfang ganz kleinen und intracellulär liegenden, später grössere und endlich nach Springen der Zellmembran, mit dem gleichzeitigen Zugrundegehen der Zelle, freigewordenen kugeligen Gebilde zu dem „Hyalin" zu rechnen sind, wird wohl von keiner Seite auf einen Widerspruch stossen, da sie sämmtliche Eigenschaften, die v. Recklinghausen als Postulate für dasselbe aufstellte, also hauptsächlich: grosses Lichtbrechungsvermögen, das chemische Verhalten (hier energischer Widerstand gegen jedwelchen Entfärbungsversuch) und die Tinctionsverhältnisse (starke Affinität zu sauren Anilinfarben) aufweisen.

Ich will gar nicht näher auf die Beziehungen zwischen Colloid und Hyalin eingehen, da dieselben — meines Erachtens — trotz der grossen Anzahl einschlägiger Arbeiten, und insbesondere derjenigen von Klebs' (68), Ernst (69) und auch Lubarsch (70) noch manche Lücken aufweisen, so dass, wenn ich das thun wollte, in Verlegenheit gerathen würde, ob ich die von mir beschriebenen Gebilde „hyalin" oder „colloid" nennen soll.

Denn scheidet man aus der Hyalin-Gruppe — wie es Klebs und nach ihm die meisten Autoren gethan haben — die epithelialen Ausscheidungen unter dem Namen Colloid aus, so könnte man die hier in Rede stehenden Gebilde keinesfalls „colloid" nennen, da sie ganz sicher nicht epithelialen Ursprunges sind; andererseits sind sie aber auch keine parablastischen Bildungen im Klebs'schen Sinne, da sie ganz sicher intercellulären Ursprunges sind, und daher könnte man sie auch nicht im intracellulären Hyalin unterbringen. Nach der von Lubarsch (71) vorgeschlagenen Modification der Klebs'schen Eintheilung — welche die meisten neuesten Autoren zu acceptiren scheinen — müssten sie in seine I. Hauptgruppe 2. Unterabtheilung eingereiht, und als degeneratives, intracellulär gebildetes conjunktivales Hyalin — also Colloid — bezeichnet werden. Wollte ich endlich die Ernst'sche Eintheilung nach den Tinctionsverhältnissen auf meine Gebilde anwenden, so müsste ich sie entschieden „Colloid" nennen, da sie sowohl bei der van Gieson'schen Tinc-

tion wie der Apáthy'schen Dreifachfärbung eine viel stärkere Affinität zum Picrin als zum Säurefuchsin zeigen und sich gelb resp. schwach orangegelb färben. Nun aber konnte Ernst diese eine Art von Hyalin, das Colloid „regelmässig von epithelialen Zellen ableiten", während die zweite Hauptgruppe von Hyalin, welche aus dem Bindegewebe und Blutgefässapparat stammt, das conjunctivale Hyalin, nach Ernst rein fuchsinophil ist, und sich bei der van Gieson'schen Färbung intensiv roth tingirt.

Somit müssten unsere Gebilde der Färbereaction nach in die erste Gruppe Ernst's, der Genese nach aber in die zweite eingereiht werden.

Diese Unzukömmlichkeit der Ernst'schen Eintheilung der Hyaline versucht Unna (67) — der sonst die Ernst-schen Färbereactionen zu acceptiren scheint, der aber den oben genannten Mangel, ebenso wie ich, empfunden hat — in allerdings sehr geistreicher Weise dadurch zu beseitigen, indem er erklärt, dass nach ihm die Orangefarbe nur ein Zeichen der cellulären Abkunft, und nicht zugleich ein Merkmal epithelialer Herkunft des Hyalins bilde, und in der Orangefarbe der hyalinen Kugeln bei der van Gieson'scher Färbung in seinen Präparaten nur als einen Beweis dafür ansieht, dass die Hyalinenkugeln dem Protoplasma näher stehen als das Collagen, da sich das letztere stets mit dem Säurefuchsin färbt, die protoplasmatischen Substanzen aber (Zellen, Muskeln) eine Vorliebe für die Picrinsäure zeigen.

Dem gegenüber muss ich mich ganz Lubarsch (71) (und Anderen) anschliessen, dass das differente Verhalten gewisser Substanzen solchen Farbstoffgemischen gegenüber, die aus — chemisch nicht stark differenten, sondern eher gleichartigen Farben bestehen (hier z. B. aus zwei sauren Anilinfarben) selbst dann nicht für einen Beweis, für eine mikrochemische Reaction der Verschiedenhaltigkeit jener Substanzen angesehen werden kann, wenn jene Differenzen in der Färbung constant und ziemlich hochgradig eintreten.

Nun habe ich aber bei meinen Untersuchungen ebenfalls gefunden, dass die von mir beschriebenen hyalinen Kugeln

zwar stets gelb resp. orangegelb gefärbt waren, dass aber kleine Differenzen in der Färbenüance schon hier vorkommen, indem z. B. in der einen und derselben Schnittserie — bei Präparaten, die vom selben Stück des Objectes stammen — die kugeligen Gebilde manchmal etwas mehr vom Säurefuchsin annehmen, so dass der Orangeton ausgesprochener wird.

Ich untersuchte zum Vergleich auch Schilddrüsenschnitte, die ich theils nach van Gieson's, theils nach Apáthy's Methode färbte, und fand ebenfalls, dass die colloiden Massen, die sonst schön orangegelb gefärbt waren, manchmal mehr einen röthlichen Ton hatten.

Diese kleinen Differenzen in der Färbung haben in den verschiedensten Umständen — in der Dauer der Färbung, der Entwässerung, die man doch nicht auf die Secunde einhalten kann etc. — ihre Ursachen und sind Jedem, der mit solchen zusammengesetzten Farbengemischen arbeitet, bekannt. Wenn auch also das Bestreben Ernst', die hyalinen Gruppen enger zu begrenzen, als durchaus richtig gebilligt werden muss, so denke ich doch, wie dies schon Lubarsch hervorhebt, dass vorläufig der beste Weg, der die meisten Aussichten auf Erfolg bietet — ist, dieselben nach ihrer Genese, nach ihrer Herkunft abzusondern. Und eben deshalb denke ich, dass ich keine ganz unnütze Arbeit vollbrachte, indem ich die ganz eigenartige Degeneration einer wohl charakterisirten, besonderen und hochwichtigen Zellart — der Unna'schen Plasmazellen — beschrieben, und die Herkunft wenigstens eines grossen Theiles jener Gebilde, die wir bisher unter dem Namen Russel'sche Körperchen kannten — als aus diesen degenerirten Plasmazellen hervorgegangene hyaline Kugeln — nachgewiesen habe. Und dann ist es vorläufig so ziemlich alleseins, ob man diese Gebilde „hyalin“ oder „colloid“ nennen will, wenn man nur weiss, was man darunter zu verstehen hat, und was sie für eine Bedeutung besitzen.

Uebergehen wir nun auf die zweite Frage, ob diese freistehenden Kugeln in der That in die Gruppe jener Gebilde gehören, die man bisher schlechtweg als Russel'sche Körperchen beschrieben hat, so denke ich ebenfalls, dass diese Annahme auf keinen Widerspruch stossen kann. Denn die Durch-



sicht der Literatur belehrt uns, dass sogar ihr Zusammenhang mit den intracellulären hyalinen Kugeln manchen schon wahrscheinlich sogar für bewiesen erschien, anderen wenigstens vorgeschwebt haben mag. Dass er sich noch immer nicht allgemein Bahn gebrochen hat, liegt einerseits daran, dass viele Forscher nur die freistehenden hyalinen Kugeln, andere wieder nur die intracellulär liegenden Einschlüsse zu Gesichte bekommen haben, andererseits, da über jene Frage, welcher Zellenart diejenigen Elemente angehören, deren Degeneration der Bildung der hyalinen Kugeln zu Grunde liegt, die meisten Autoren keine — oder doch keine ganz bestimmte Antwort zu geben vermochten.

So erwähnt schon Klien (72), der die kugeligen Gebilde — welche er bei verschiedenen Neoplasmen, insbesondere Sarcomen und Carcinomen untersuchte — für durch Fettassimilation vergrösserte Altmann'sche Zellgranula, und keinesfalls für Parasiten hält, dass sie meistens im Grenzgewebe, welches die Geschwulst gegen die gesunde Umgebung hin abgrenzt, anzutreffen sind. Dieser Umstand spricht mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit dafür, dass Klien dieselben Gebilde zu Gesichte bekommen hat, die ich beschrieben habe, da doch die Plasmazellen bei jenen Neoplasmen — wie erwähnt war — hauptsächlich eben im Grenzgewebe zu finden sind.

Ebensowenig kann für mich zweifelhaft sein, dass Goldmann's (73) Kugelzellen identisch mit unseren hyalin degenerirten Plasmazellen sind. Nach ihm handelt es sich bei jenen Zellen um ein halbflüssiges Stoffwechselproduct des Protoplasma, indem durch Confluenz der kleineren Kugeln grössere Kugeln entstehen, die dann, indem sie sich gleichzeitig chemisch und tinctoriell verändern, endlich aus der Zelle entleert werden.

Touton (79) beschreibt ebenfalls ganz genau die kugeligen Gebilde, welche nach ihm im Bindegewebe, hauptsächlich intracellulär, und zwar intraprotoplasmatisch liegen; er gibt zwar nicht genau an, in welchen Zellen die Kugeln entstehen, doch gibt er zu, dass es ausser Bindegewebszellen und deren Abkömmlingen auch wandernde Leukocyten sein können. Die Plasmazellen waren damals noch viel zu wenig

bekannt (Touton's Arbeiten erschienen kurz nach der ersten Publication Unna's,) als dass Touton hätte angeben können, ob jene „wandernden" Zellen, die solche Kugeln enthielten, Plasmazellen waren oder nicht.

Er gibt die Tinctionsreactionen der kugeligen Einlagerungen ganz präcis an; erwähnt, dass sie bei van Gieson-scher Färbung grössere Affinität zum Pikrin als zum Säurefuchsin zeigen; beschreibt die durch die Eindrücke der Kugeln hervorgerufenen Formveränderungen des Kernes, welch' letzterer bei fortschreitender Füllung der Zelle mit Kugeln stets an die Peripherie verdrängt ist. Er erwähnt sogar, „dass die Kugeln fest eingebettet in genau passende Hohlräume des Zellprotoplasma liegen, welches bei starker Erfüllung der Zelle mit Kugeln auf schmale netzmaschenähnliche Reste reducirt ist".

Auch die von Touton angegebene Grösse der einzelnen Kugeln (bis 25 μ) decken sich so ziemlich mit meinen Befunden. Auch die Existenz einer eigenen Hülle (Kapsel) stellt Touton, Russel und Klien gegenüber in Abrede (dem ich nach meinen Befunden vollkommen beistimmen muss), und behauptet, der beschriebene helle Hof um die Kugeln herum sei nichts anderes als eine Retractionserscheinung.

Wenn ich also der, von Touton gegebenen Deutung, dass nämlich die kugeligen Gebilde aus einer in den Blutgefässen vorhandenen homogenen (hyalinen) Thromben bildenden Substanz hervorgehen sollen, auch nicht beistimmen kann, so kann es nach dem Gesagten kaum einem Zweifel unterliegen, dass Touton's intraprotoplasmatische Kugeln mit den von mir in den Plasmazellen beschriebenen hyalinen Kugeln identische Gebilde darstellen.

Seifert (75) beschreibt ebenfalls genau die Entstehung der hyalinen Kugeln. Nach ihm entstehen zuerst im Protoplasma kleine Kügelchen von ziemlich gleicher Grösse, die schliesslich die ganze Zelle ausfüllen, sich gegenseitig abplatten und dann nach Springen der Zellmembran frei werden. Man sieht, dass meine Befunde sich fast vollkommen mit den seinen decken. Er bezeichnet sogar diese Degeneration als hyaline. Leider stand mir die Arbeit Seifert's nicht im Original zur



Verfügung, so dass ich nicht sagen kann, ob er angegeben hat, welcher Zellkategorie jene Zellen angehören, in welchen er die erwähnte Degeneration beschreibt.

Der Erste, der für die Mutterzellen der hyalinen Kugeln die Plasmazellen bezeichnet, ist Unna (64), weshalb ich schon in einer vorläufigen Mittheilung (76) erklärte, dass ich seine Befunde vollinhaltlich bestätigen kann, und das kann ich hier ebenfalls wiederholen. Denn Unna beschreibt ganz genau die eigenthümliche Degeneration der Plasmazellen vom ersten Stadium an, wo in den anschwellenden Zellen eine acidophile Körnung auftritt bis zur Bildung grösserer Kugeln, welche endlich nach Springen der Zellmembran frei werden.

Und eben deshalb kann ich nur bedauern, dass ich Unna nicht beistimmen kann, wenn er weiterhin auf Grund gewisser Differenzen, die bei verschiedenen, von ihm angegebenen Tinctionsmethoden sich einstellen, durchgreifende Unterschiede zwischen den einzelnen hyalinen Gebilden (n. b. hier handelt es sich nur um die in den Plasmazellen entstehenden hyalinen Kugeln) aufstellt, und mehrere Arten derselben unterscheidet.

So kann ich ihm nicht beistimmen, wenn er später sagt, dass diese hyaline Substanzen „sich ebensogut — ja vielleicht noch besser — mit basischen wie mit sauren Farbstoffen“ färben. Noch weniger, wenn er auf Grund seiner Wasserblau-Carbolfuchsin-Tinctionsmethode zwei Hyalinarten unterscheidet, eine kleinkalibrige, welche eine Vorliebe für das saure Wasserblau zeigt, und eine grosskalibrige, die „mit grosser Begierde das basische Carbolfuchsin anzieht“, wobei die ersteren auch nicht nothwendig das erste Stadium der letzteren darstellen, sondern die „Homogenisirung“ des Protoplasma, deren Resultat Unna das Hyalin vorstellt, in zwei verschiedenen Formen oder Graden vorkommt.

Ich denke, dass Unna mit dieser Aufstellung von verschiedenen Hyalinarten auf Grund tinctorieller Unterschiede, der Sache keinen guten Dienst geleistet hat. Er erwähnt ja selbst am Anfange seiner Arbeit als ein Postulat für hyaline Gebilde — was ja übrigens bisher alle Autoren betonen — dass sie sich mit sauren Anilinfarbstoffen in electiver Weise



färben. Und wenn er später für einen Theil der hyalinen Gebilde gerade dieses wesentliche Postulat nimmt, und behauptet, dass sie aus einem Gemisch von einem sauren und einem basischen Anilinfarbstoff, das letztere anziehen, so können über das „hyalinartige“ jener Gebilde trotz der Erklärung, die er für dieses Phänomen zu geben versucht, dennoch Bedenken aufsteigen.

Ausserdem könnte ich auch auf Widersprüche in Unna's eigener Arbeit hindeuten, die ich mir nicht gut erklären kann. So erklärt Unna eingangs, dass die Gebilde bei den Säurefuchsin-Pikrin-Methoden sich orangegelb färben, wie das die meisten Autoren gefunden haben. Später heisst es bei der Beschreibung der einzelnen Färbemethoden (77), dass bei Säurefuchsin-Pikrinfärbung das Hyalin und Collagen roth, das Protoplasma gelb gefärbt wird.

Auch Pelagatti (78), der die Unterschiede zwischen Blastomyceten und hyalinen Kugeln hauptsächlich auf tinctoriellem Wege festzustellen bemüht war, und dessen Arbeit aus Unna's Laboratorium hervorgegangen ist, erwähnt, dass die hyalinen Kugeln, welche er in Carcinomen, Rhinosclerom und bei anderen pathologischen Processen untersuchte, bei der Unnaschen Säurefuchsin-Pikrinmethode sich in glänzender purpurrother Farbe von dem gelb gefärbten Gewebe abheben, und auch in seiner chromolithographischen Tafel sind sie alle roth gefärbt (Fig. 6). Auch kann ich mir nicht gut erklären, dass nach Pelagatti bei der Wasserblau-Carbolfuchsin-Methode alle Körperchen sich schön scharlachroth färben, und auch in seiner Tafel (Fig. 4) sind alle Kugeln, grosse sowohl wie kleine, gleichmässig roth abgebildet. Nach Unna sollten sich doch die kleinkalibrigen Kugeln blau färben.

Im übrigen gibt Pelagatti für die Mutterzellen der hyalinen Kugeln ebenfalls die Plasmazellen an; schade nur, dass seine Abbildungen so ausgefallen sind, dass man weder die hyalinen Zellen und freistehende Kugeln umgebende Zellen als Plasmazellen erkennen kann, noch aber tragen die mit kleinen hyalinen Kugeln vollgepfropften Elemente den Charakter einer Plasmazelle an sich.



Pelagatti ist auch der einzige von Unna's Nacharbeitern, dem der von Unna zuerst behauptete genetische Zusammenhang zwischen hyalinen Gebilden und Plasmazellen nicht entgangen ist, denn ich muss die Thatsache registriren, dass Unna's werthvolle Beiträge zur Entstehung der hyalinen Kugeln resp. Russel'schen Körperchen, indem er die Plasmazellen als die Mutterzellen derselben bezeichnet, denjenigen Autoren, die sich nach ihm mit der Genese und Herkunft derselben beschäftigen, so hauptsächlich Lubarsch, Hansemann und Thorel entgangen sind.

Lubarsch (79) hat schon früher die Ansicht vertreten, dass es sich bei den Fuchsinkörperchen nicht um aus dem Blute oder dem Saftstrome abgelagerte Snbstanzen, sondern um Zellproducte handelt. Auch das scheint ihm wahrscheinlich, dass wenigstens ein Theil derselben veränderte Zellgranula sind. Auch ist er geneigt anzunehmen, dass zwischen einem Theil der Russel'schen Körperchen und der Mastzellen ein gewisser Zusammenhang existirt, erstens weil dort, wo die ersteren in grosser Anzahl vorhanden sind, auch eine Zunahme der Anzahl der letzteren regelmässig zu constatiren ist, dann aber, da er die sehr interessante Thatsache constatiren konnte, dass dortselbst auch die Reaction (oft auch die Form) der Mastzellengranula verändert wird, indem dieselbe bei Anwendung von Farbstoffgemischen eine ausgesprochene Acidophilie zeigen, aus den basophilen Mastzellen acidophile Mastzellen werden, wenn sie bei Anwendung nur basischer Farbstoffe auch noch gefärbt werden.

Lubarsch hält demgemäss für wahrscheinlich, dass ein Theil der Russel'schen Fuchsinkörperchen aus den Granulis von Mastzellen und Wanderzellen, vielleicht auch Leukocyten durch chemische Umwandlung und Confluenz hervorgehen.

In einer späteren Arbeit (80) hebt dann Lubarsch hervor, dass jene, von ihm sog. acidophile Gewebszellen, die Mutterzellen der Russel'schen Körperchen keine einheitliche unveränderliche Zellenart bilden, sondern sich sowohl aus wandernden Leukocyten, wie jungen Bindegewebszellen, und theilweise auch aus Mastzellen recrutiren.



Lubarsch's Befunde haben für mich sehr grosses Interesse, denn sie decken sich, wenigstens theilweise ganz mit meinen Resultaten.

Ich habe bereits früher erwähnt, dass ich in den typischen Plasmazellen, gleich Krompecher (59), oft basophile (Mastzellen) Granulationen habe auftreten gesehen. Solche Zellen habe ich besonders bei Rhinosclerom — wo also auch sehr viele Russel'sche Körperchen vorkommen, in ziemlich grosser Anzahl gefunden. Wenn man sich also vorstellt, dass im Sinne Lubarsch's die Granula dieser Plasma-Mastzellen durch eine chemische Umwandlung acidophil werden, und sich dann vergrössern, so hat man dieselben hyaline Plasmazellen vor sich, die ich beschrieben habe. Zumal hält Lubarsch den ganzen Process der Entstehung von den Russel'schen Körperchen ebenfalls für eine Art hyaline Degeneration oder doch für einen verwandten Vorgang.

Und eben deshalb muss ich sehr lebhaft bedauern, dass mir Lubarsch's erwähnte Arbeit (Achylia gastrica) nicht im Original zur Verfügung stand, da ich so keine sicherere Unterlage mir verschaffen kann, inwieweit seine übrigen „acidophilen Zellen" Unna's Plasmazellen entsprechen. Dass die wandernden Leukocyten hierher gehören können, kann angenommen werden; inwieweit aber auch die „jungen Bindegewebszellen" möglicherweise sich doch auf Plasmazellen beziehen, muss ich hier dahingestellt sein lassen.

Thorel (63) acceptirt im wesentlichen ebenfalls Lubarsch's Befunde und Deutung der Russel'schen Körperchen; auch er erwähnt zwar nicht direct die Plasmazellen als die Mutterzellen jener Gebilde, und ich bekomme den Eindruck, als wenn er theilweise Ehrlich's eosinophile Zellen dafür halten würde: doch glaube ich mich nicht zu irren, wenn ich annehme, dass jene „runden oder ovalen mit theils dünkleren, theils bläschenförmigen Kernen versehenen Zellen", die er beschreibt, nichts anderes als Plasmazellen sind. Auch aus seinen Abbildungen bekomme ich den Eindruck, dass es sich bei seinen Zellen wenigstens zum grösseren Theil um Plasmazellen handelt; jene hyalinen Zellen z. B., welche einen schönen runden wohlerhaltenen Kern haben (Fig. 1, 19, 29, 25), kann ich noch als solche erkennen.

Den ganzen Vorgang der Degeneration und das Freiwerden der Kugeln beschreibt er ganz deutlich.

Nach ihm färben sich die kugeligen Gebilde bei der van Fieson'schen Färbung in rother Farbe, doch erwähnt er, dass einzelne sich in orangegelben oder gar gelben Ton tingiren. Der Grund hierfür liegt nach ihm theils in der ungleichen Zusammensetzung der van Gieson'schen Färbeflüssigkeit, theils in dem verschiedenen Feuchtigkeitsgehalt der Gebilde.

Er weicht noch in einem wesentlichen Punkte von Lubarsch ab. Während nämlich nach dem Letzteren jene hyalinen Gebilde, welche in den normalen (Magen-) Schleimhaut vorkommen, von den unter pathologischen Zuständen vorkommenden scharf zu trennen sind, hält dies Thorel für nicht durchführbar; er hält sogar die im Epithel der Drüsen vorhandenen hyalinen Massen und einmal im Innern eines Schleimhautgefässes angetroffenen Körper für gleiche Gebilde, resp. fühlt sich nicht veranlasst, dieselben als besondere Formationen von den übrigen abzutrennen.

Hausemann (62) hat die hyalinen Zellen (in Magenpolypen) ebenfalls gut beschrieben und auch abgebildet, wenn er auch ihre Entstehung nicht vom Anfangsstadium an beobachtet hat, da nicht die grösseren Kugeln in einzelne kleinere zerfallen, sondern gerade umgekehrt, aus den kleineren die grossen entstehen. Und wenn er diese intracellulären Kugeln mit den Russel'schen Körpern deshalb nicht ganz identificiren will (obzwar sie ihnen auch nach ihm nahestehen), weil diese letzteren nicht zelliger Natur sind, so muss darauf hingewiesen werden — wie es bereits Thorel gethan, und wie das schon aus den angeführten Arbeiten zur Genüge ersichtlich ist — dass die zellige Natur der Russel'schen Körperchen bereits hinreichend bewiesen und demonstrirt ist.

Dass aber Hausemann's hyaline Zellen, welche nach ihm wahrscheinlich aus Bindegewebszellen hervorgegangen sind, und nicht aus eingewanderten Leukocyten, in der That nichts anderes als Plasmazellen sind, scheint mir schon aus seinen Abbildungen, welche er seiner Arbeit beigibt, hervorzugehen. In Fig. 1 sind die hyalinen Zellen umgebenden Lymphocyten

und schön ausgebildete Plasmazellen sehr deutlich erkennbar, und auch die kleineren hyalinen Zellen, deren Kerne wohl erhalten sind, weisen morphologisch so viel Aehnlichkeit mit den um sie herum liegenden Plasmazellen auf, dass man sich vor dem Gedanken, dass die ersteren aus den letzteren entstehen, schon nach dieser Abbildung schwer verschliessen kann.

Die Arbeiten der genannten drei Autoren bedeuten also einen wesentlichen Fortschritt in der Lehre der hyalinen Kugeln und Russel'scher Körperchen; denn wenn sie auch in Einzelnheiten differiren, so sind sie doch alle einstimmig der Meinung, dass dieselben keinesfalls Parasiten, sondern im Wesentlichen nichts anderes, als modificirte Zellsubstanzen sind. Und wenn sie auch jene Zellart, deren Degeneration der Entstehung jener Gebilde zu Grunde liegt, nicht näher angeben, und wenn eben deshalb im Interesse der Lösung der in Rede stehenden Frage nur bedauert werden muss, dass Unna's Angaben, resp. die Plasmazellen — diese so ungemein wichtige und weit verbreitete Zellenart — von ihnen hierbei gar nicht berücksichtigt worden sind, so gibt es doch mannigfache Momente, welche darauf hindeuten, dass es sich bei den durch die genannten Autoren beschriebenen Zellen ebenfalls um Plasmazellen gehandelt hat.

Der Vollständigkeit halber muss ich noch erwähnen, dass jüngst Krompecher (59) im Inneren typischer Plasmazellen ebenfalls Russel'sche Körperchen, homogene runde Gebilde, die sich mit Methylenblau grünlich, mit Anilinwasserfuchsinlösung in rother Farbe tingirten, beschrieben hat. Hätte dieser Autor, der die Plasmazellen und ihre progressive und regressive Metamorphosen so eingehend studirt hat, nicht nur mit den conventionellen Methylenblaumethoden, und überhaupt nur mit basischen Farbstoffen gearbeitet, so hätte er diese wichtigen Befunde nicht nur so nebenbei in seiner Arbeit erwähnt, sondern würde gewiss der ganzen Frage etwas näher getreten sein, und dann wäre ihm der ganze Process der Bildung von Russel'schen Körperchen im Inneren der Plasmazellen sicherlich nicht entgangen.

Auf die, besonders von italienischen Autoren vertretene Parasitentheorie der Russel'schen Körper näher einzu-



gehen fühle ich mich hier nicht veranlasst; auch will ich nicht die einzelnen einschlägigen Arbeiten anführen, da die Anzahl derselben so enorm gross ist, dass schon eine blosse Aufzählung derselben den Rahmen dieser — ohnedies umfangreichen — Arbeit noch mehr ausdehnen würde. Auch gebe ich mich nicht der Hoffnung hin, dass meine Untersuchungsresultate auch nur einen Theil von den Anhängen der Blastomycetentheorie bekehren werden.

Vielleicht werden sie aber doch Einige zur Nacharbeit anregen, und es ist nicht ausgeschlossen, dass es darunter auch solche geben wird, die in den hyalin degenerirten Zellen und Russel'schen Körperchen künftighin doch nur einfache Zelldegenerationsproducte und nicht Blastomyceten erblicken werden.

Ich muss übrigens auch die Thatsache registriren, dass es in der neuesten Zeit auch nicht an italienischen Autoren fehlt, die jedweder Deutung jener Gebilde als Blastomyceten und Parasiten anderer Art, energisch Front machen, und in ihnen nichts anderes erblicken als die meisten anderen Autoren.

Pelagatti's Arbeit (78) wurde bereits gedacht; dieselbe ist, wie erwähnt war, aus Unna's Laboratorium hervorgegangen.

Ich verweise aber diesbezüglich insbesondere auf Mantegazza's Publication (81), welche aus der Pellizzari'schen Klinik in Florenz erschienen ist, und bezüglich der Parasitennatur der Russel'schen Körperchen ebenfalls einen ablehnenden Standpunkt einnimmt.

Bezüglich der weiteren Literatur der Parasitentheorie verweise ich auf Lubarsch's und Ostertag's Ergebnisse, sowie auf die aus Paltauf's Laboratorium erschienene treffliche Arbeit von Sternberg (82), wo auch ein ausführliches Literaturverzeichniss enthalten ist.

Ich bin nun zum Schlusse meiner Erörterungen angelangt. Ich bin mir wohl bewusst, und habe dem auch früher Ausdruck gegeben, dass meine Untersuchungen keinesfalls das



ganze weite Gebiet der Lehre von den Russel'schen Körperchen erschöpfen, vielmehr dass es noch zahlreicher weiterer Untersuchungen bedürfen wird, um die noch vorhandenen Lücken zu ergänzen, und alle jene wichtige Fragen in's Klare zu bringen, die ich früher aufzählte. Unter diesen interessirt mich insbesondere jener Punkt, der sich auf das Vorkommen der Russel'schen Körperchen in normalen Organen bezieht, oder besser ausgedrückt, jene Frage, ob die in jenen als Russel-sche Körper beschriebenen Elemente identisch mit den von mir beschriebenen, aus den Plasmazellen hervorgegangenen Gebilden sind, da ja doch die Plasmazellen, ausser in den normalen blutbereitenden Organen nach unserem heutigen Wissen stets nur in pathologisch verändertem Gewebe vorkommen? Oder sollten weitere Untersuchungen lehren, dass die typischen Plasmazellen, deren Leukocyten - (Lymphocyten) - Natur heute wohl nicht mehr zu zweifeln, und deren physiologisches Vorkommen in den erwähnten Organen (nach Schottländer auch im normalen Ligamentgewebe) von mehreren Autoren (Jadassohn (83), Marschalko (1), Unna (84), Schottländer (58) einstimmig bestätigt ist, auch in anderen normalen Organen vorkommen?

Auch habe ich nicht das Recht in Abrede zu stellen, dass — von den Epithelzellen ganz abgesehen — auch andere zellige Elemente, als die Plasmazellen, ebenfalls solche Veränderungen eingehen, und den beschriebenen Hyalinkugeln gleiche Gebilde produciren können. Ich persönlich glaube zwar nach meinen bisherigen Untersuchungen wenig daran, denn bisher ist es mir überall gelungen dort, wo ich die freistehenden Kugeln gesehen habe, auch die dazu gehörenden hyalinen Mutterzellen zu Gesichte zu bekommen, und konnte diese Zellen überall — auch bei Carcinomen und Sarcomen, also bei den Hauptrepräsentanten der Lagerstätte für Russel'sche Körperchen — ganz sicher als Plasmazellen erkennen. Freilich ist zur definitiven Lösung dieser Frage eine viel grössere Anzahl von Untersuchungen nothwendig.

Auch kann ich und will ich nicht mir die Priorität einer „Entdeckung" vindiciren, da Unna schon lange vor mir die hyaline Degeneration der Plasmazellen beschrieb, und die



Russel'schen Körperchen aus denselben herleitete. Ich bin zwar ganz selbständig, und auch ganz zufällig, aus Anlass meiner histologischen Studien über das Rhinosclerom auf meine Befunde gekommen, ohne früher Unna's Resultate zu kennen; arbeitete auch mit ganz anderen Methoden, und habe erst nachträglich Unna's diesbezügliche Arbeiten durchgestöbert (was ja umso begreiflicher erscheint, als diese alle späteren Datums sind, als seine Histopathologie, und erst als ich gesehen habe, dass eine histologische Studie des Rhinosclerom untrennbar von der Frage der Entstehung der Russel'schen Körperchen ist, schritt ich an das genauere Studium der Literatur derselben); doch das ändert nichts an der Sache.

Vielleicht kann ich aber für mich doch ein ganz kleines Verdienst daraus machen, die Aufmerksamkeit der Autoren auf Unna's Arbeit gelenkt und die Richtung angegeben zu haben, die man — meiner Ansicht nach — einschlagen sollte, damit wir in der Klärung dieser strittigen Fragen etwas schneller vorwärts kommen, als dies bisher der Fall gewesen ist.

Schlussfolgerungen.

Diesen Theil meiner Arbeit schliesse ich mit folgenden Sätzen:

I. Die Plasmazellen haben auch beim Rhinoscleromgewebe dieselbe Rolle und Bedeutung, wie bei anderen pathologischen Processen. Sie nehmen keinen Antheil an dem Aufbau des specifischen scleromatösen Gewebes, und nur das nicht specifische entzündliche Zellinfiltrat wird hauptsächlich von ihnen besorgt. Ein grosser Theil von ihnen geht auch beim Rhinoscleromgewebe in Folge einer regressiven Metamorphose zu Grunde, wenn es auch wahrscheinlich erscheint, dass ein Theil sich progressiv fortentwickelnd an dem Aufbau des, beim Rhinosclerom besonders hochgradigen neugebildeten Bindegewebes sich betheiligt.

II. Die unter dem Namen „hyaline“ oder „colloide“ Zellen beschriebenen Formelemente des Rhinoscleroms sind nichts anderes als Plasmazellen, die eine eigenthümliche, bei unseren heutigen Kenntnissen als hyaline Degeneration zu bezeichnende Veränderung ihres Protoplasma eingehen. Der Zelleib wird nämlich grösser, und es treten im Protoplasma ganz scharf contourirte und stark lichtbrechende, zuerst sehr kleine Kügelchen auf, die das ganze Innere der Zelle ausfüllen, so dass vom Protoplasma nur mehr ein sehr feines spongiöses Gerüst zwischen den Kugeln übrig bleibt. Dann verschmelzen die einzelnen kleinen Kügelchen zu grösseren Kugeln von ganz runder, hier und da ovaler Form, die ebenfalls sehr stark lichtbrechend und scharf contourirt sind. Endlich springt die Zellmembran und die Kugeln werden frei. Der Zellkern ist im Anfang ganz wohl erhalten, später degenerirt er, indem derselbe durch den fortschreitenden Wachsthum der Kugeln entweder an die Zellwand geschoben, oder in der Mitte der Zelle die verschiedensten Formveränderungen erleidet, abgeplattet, biscuit- oder sichelförmig eingebuchtet etc. erscheint; endlich wird er zerbröckelt und geht zu Grunde. Aber selbst in späten Stadien kann man noch neben den freigewordenen Kugeln oder zwischen ihnen hier und da Reste des Zellkernes erkennen. Sowohl für die kleinsten Kügelchen, wie für die grösseren Kugeln ist charakteristisch, dass sie eine ausgesprochene Acidophilie, eine starke Affinität zu sauren Anilinfarbstoffen zeigen, durch sie sehr electiv gefärbt werden, und aus einem Gemisch von basischen und sauren Farben stets die letztere annehmen. Von der Apáthy'schen Picrorubinlösung nehmen sie hauptsächlich das Ammoniumpicrat an, und färben sich in meinen Präparaten intensiv gelb, mit einem Stich in's Orange.

III. War es demgemäss bereits a priori anzunehmen, dass die im früheren Punkt angeführten Gebilde, sowohl hyaline Zellen, wie auch freistehende hyaline Kugeln, die übrigens auch niemals Rhinosclerombakterien enthalten, keine specifische Elemente des Rhinoscleromgewebes bilden; so hat diese Annahme durch meine, auch bei anderen pathologischen Geweben fortgesetzten Untersuchungen eine volle Bestätigung erfahren, indem ich ganz dieselben hyalin degenerirten Plasmazellen und freistehende hyaline Kugeln bisher in syphilitischen Sclerosen, Carcinomen, Sarcomen und in einem Falle von Ulcus ventriculi chronicum, u. zw. manchmal in grosser Anzahl nachweisen konnte.

IV. Die unter dem Namen Russel'sche oder Fuchsinkörperchen beschriebenen Formelemente, sowohl im Rhinoscleromgewebe, wie auch bei Carcinomen und Sarcomen sind also nichts anderes als solche freigewordene hyaline Kugeln, also keinesfalls Parasiten, sondern einfache Zelldegenerationsproducte.

V. Meine bisherigen Untersuchungen sprechen aber mit grosser Wahrscheinlichkeit auch dafür, dass die unter dem Namen Russel'sche oder Fuchsinkörper bei den verschiedensten pathologischen Processen beschriebene Formelemente überall identische Gebilde darstellen; identisch sowohl morphologisch wie tinctoriell, sowie auch bezüglich ihrer Genese und Bedeutung, da ich bisher überall, wo ich Russel'sche Körperchen, i. e. freistehende hyaline Kugeln fand, auch die Mutterzellen derselben, die hyalin degenerirte Plasmazellen nachweisen, und das Hervorgehen der ersteren aus den letzteren verfolgen konnte. Ich muss nichtsdestoweniger bekennen, dass zur endgiltigen Lösung dieser Frage alle diejenigen pathologischen Processe in die Untersuchung ein-

bezogen werden müssen, in welchen Russel'sche Körperchen überhaupt beschrieben worden sind.

VI. Ob die unter dem Namen Russel'sche Körperchen in ganz normalen Organen beschriebenen Elemente identische Gebilde mit den früheren vorstellen, konnte ich nicht in den Rahmen meiner Untersuchungen einbeziehen; diese Frage muss durch weitere Untersuchungen entschieden werden.

VII. Ebenfalls konnte ich meine Untersuchungen nicht auf jene Frage ausdehnen, inwieweit die von Török, Tommasoli, Unna u. A. in den Epithelzellen von Carcinomen beschriebenen colloiden oder hyalinen Einschlüsse ebenfalls hierher zu rechnen sind. Das bleibt ebenfalls weiteren Untersuchungen vorbehalten.

VIII. Die specifischen Elemente des Rhinoscleroms bilden also ausser den Rhinosclerombakterien nur die Mikulicz'schen Zellen.

Nachtrag.

I. Meine Arbeit war bereits druckfertig, als von Georg Joannovics ein Aufsatz mit dem Titel: „Ueber das Vorkommen, die Bedeutung und Herkunft der Unna'schen Plasmazellen bei verschiedenen pathologischen Processen" aus Paltauf's Laboratorium (Zeitschrift für Heilkunde Bd. XX, 1899) erschienen ist, so dass ich zu meinem grossen Bedauern im Texte nicht mehr darauf eingehen konnte. Obzwar in meiner bereits citirten Arbeit: „Zur Plasmazellenfrage" (61), welche mit der Publication Joannovic's zur gleichen Zeit erschienen ist, eigentlich schon die Antwort auch auf seine Auseinandersetzungen enthalten ist, so werde ich mir dennoch Gelegenheit nehmen, ein anderes Mal näher auf dieselben einzugehen und werde hier nur einige kurze Bemerkungen daran knüpfen. Ich denke, Joannovics hat der ganzen Plasmazellenlehre keinen guten Dienst geleistet, indem seine Arbeit in hohem Masse geeignet ist, neue Missverständnisse hervorzurufen, und den so schön begonnenen und beinahe schon zu Ende geführten Klärungsprocess in der Plasmazellenlehre wiederum auf lange Zeit hinauszuschieben.

Die Plasmazellen sind ja morphologisch genau charakterisirte Zellelemente, und nur durch ihre charakteristischen morphologischen Merkmale sind wir im Stande, sie als eine besondere Zellgruppe hinzustellen. Die Methylenblaureaction allein ist hierzu absolut unzulänglich, denn es ist noch Niemandem eingefallen zu leugnen, dass mit Methylenblau sich das Protoplasma sehr verschiedener Zellen von der verschiedensten Herkunft dünkler tingiren kann. Und will man dann jede Zelle, deren „Plasma eine Tinction mit polychromem Methylenblau annimmt", zumal wenn sie untereinander verschiedene morphologische Merkmale aufweisen und von ganz grundverschiedener Herkunft sind, „Plasmazelle" nennen, so hört die ganze Plasmazellenlehre einfach auf, da sie nur so lange eine Berechtigung und einen Sinn hat, so lange man unter „Plasmazelle" eine einheitliche und genau umgrenzte, bestimmte Zellart versteht.

Gerade Paltauf hat betont, wie Recht ich habe, wenn ich an diesen charakteristischen morphologischen Eigenschaften der Plasmazellen festhalte, da nur durch dieselben ihre Differenzirung als eine besondere Zellart möglich ist; deshalb muss es mich also Wunder nehmen, dass Joannovics als Paltauf's Schüler diese einzig sichere Basis verlässt, und sich auf die Tinctionsreaction fussend, verschiedene Plasmazellen unterscheidet, die theils von Lymphocyten und anderen einkernigen Leukocyten, theils von Bindegewebszellen herstammen.

Dass man aber jene Zellen, die „eine ovale, nicht selten spindelförmige Gestalt mit zahlreichen Ausläufern und Fort-



sätzen und einen länglichen helleren Kern" besitzen, wie Joannovics sie beschreibt und deren Bindegewebsnatur ganz zweifellos ist, deshalb, weil ihr Protoplasma eine Methylenblautinction aufweist, noch nicht Plasmazellen nennen darf — wie Joannovics es thut, das glaube ich behaupten zu können.

Diese Beschreibung entspricht nicht dem Bild der „Plasmazelle", wie Unna es in seiner ersten Publication entworfen hat, und welches ich dann noch enger begrenzte. Und gerade der Umstand, dass Unna später von seiner ursprünglichen Definition von der Plasmazelle sich immer mehr entfernt und schliesslich nur die Tinctionsreaction allein zur Diagnose: Plasmazelle für massgebend gehalten hat, hat ihn dazu geführt, dass er zweifellos ganz verschiedene Zellen, so z. B. die Sarcomzellen, die Mycosis fung. Zellen für Plasmazellen erklärte.

Dasselbe thut aber auch Joannovics, indem er z. B. die Mikulicz'schen Zellen des Rhinoscleroms für solche „bindegewebige" Plasmazellen erklärt.

Nun hat aber Unna seinen Standpunkt wenigstens consequent durchgeführt. Denn wenn er auch Unrecht hatte zu behaupten, die Plasmazellen seien nichts anderes als einseitig hypertrophische Bindegewebszellen, so hielt er doch alle Plasmazellen dafür, während Joannovics neben den hämatogenen Plasmazellen, welche auch nach seiner Beschreibung jener Zellenart entsprechen, die ich und wohl auch die anderen Autoren für Plasmazellen halten („runde mitunter ovale Form, runder, mit einer Anzahl wandständig angeordneter sich dunkel färbenden Chromatinkörnern versehener Kern") auch den Begriff der histiogenen, „bindegewebigen" Plasmazellen aufstellt, welche die weiter oben angeführten, also von den ersteren grundverschiedenen morphologischen Merkmale aufweisen, so dass zwischen den beiden nur die Tinctionsreaction das einzige Verbindungsglied bildet, welches doch allein keinesfalls genügen kann, um zwei Zellenarten von ganz verschiedener Herkunft und ganz verschiedenem Aussehen als eine einheitliche Zellgruppe hinzustellen.

Und wenn Joannovics meint, dass nach den bisherigen dieses Thema behandelnden Arbeiten die Frage über Herkunft und Bedeutung der Plasmazelle, sowie über den Werth der von Unna angegebenen Färbemethode noch nicht hinlänglich beantwortet erscheint, so muss ich hierauf entgegnen, dass beide Fragen bereits einstimmig und hinlänglich beantwortet sind.

Der Satz, den ich aufstellte, dass nämlich die Plasmazellen Lymphocyten sind, ist durch sämmtliche Nacharbeiter, als Schottländer, Justi und Krompecher einstimmig bestätigt worden. Und daran ändert gar nichts, dass neben den in der Rede stehenden typischen Plasmazellen von Hodara, Schottländer und Krompecher sog. atypische oder Pseudoplasmazellen beschrieben worden



sind, welche aber ebenfalls Leukocyten (grosse einkernige) sind und von den ersteren sich auch morphologisch genau unterscheiden.

Ebenfalls hinlänglich beantwortet ist die zweite Frage in dem Sinne, dass nämlich die Unna'sche Färbemethode keine specifische Methode für die Plasmazellen darstellt. (Jadassohn, Neisser, ich, Weigert, Schottländer, Justi, Krompecher.)

Nach den bisherigen literarischen Angaben erscheint also eine Revision der ganzen Plasmazellenlehre, wie es Joannovics thut, ganz überflüssig; die Aufstellung einer neuen Plasmazellenart, der histiogenen oder bindegewebigen Plasmazellen, ausserdem noch unstatthaft.

II. Der glückliche Zufall brachte es mit sich, dass ich, bevor ich diese Arbeit der Oeffentlichkeit übergebe, auch von einem zweiten Fall von Rhinosclerom, den ich vor nicht langer Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte und auf meine Klinik aufnehmen konnte, kurz referiren kann.

Frau T. M., 38 Jahre alt, gr.-kath. Religion, Landmannsgattin, aus Zágra, Beszterczе-Naszóder Comitat, Ungarn, gebürtig, wurde am 7./III. 1899 auf die dermatologische Klinik aufgenommen. Weder in ihrer Familie, noch in der Gemeinde, wo sie wohnhaft ist, sei je eine ähnliche Erkrankung beobachtet worden. Ihr Mann vermag ebenso wenig anzugeben. Er ist vollkommen gesund. Die Frau gebar fünfmal; 4 Kinder leben und sind vollkommen gesund; bei der zweiten Geburt ein todtes aber ganz entwickeltes und ausgetragenes Kind. Letzte Geburt vor 7 Jahren.

Von ihrer jetzigen Erkrankung vermag sie nur so viel anzugeben, dass dieselbe vor 14 Jahren mit einer erbsengrossen, schmerzlosen Geschwulst in der linken Nasenöffnung begann, welche sich langsam vergrösserte und binnen 8 Jahren die ganze linke Nasenhöhle ausfüllte. Seit 3 Jahren ist auch die rechte Nasenhöhle in den Process mit einbezogen. Bisherige Behandlung — theils local mit verschiedenen Aetzmitteln, theils intern mit Jodkali — total erfolglos.

Am 15./III. wurde in der Chloroformnarcose nach Durchschneiden des linken Nasenflügels die ganze Geschwulst in toto exstirpirt und die Wundfläche mit dem Paquelin verschorft. Die Operation wurde von Dr. Hevesi, Assistenten an der hiesigen chirurgischen Klinik, ausgeführt. Dadurch hatte ich Gelegenheit diesen Fall ebenfalls histologisch zu bearbeiten. Ueber die Resultate dieser histologischen Untersuchungen, die ich auf dieselbe Weise wie beim ersten Rhinosclerom mittels derselben Technik und denselben Färbemethoden ausgeführt und so lange fortgesetzt habe, bis ich jedes Stück der Geschwulst untersucht habe, kann ich mich sehr kurz fassen, da ich mit Zufriedenheit constatiren kann, dass sie sich vollkommen mit meinen bereits mitgetheilten Untersuchungsresultaten decken, so dass ich weder etwas von denselben wegnehmen noch aber ihnen etwas hinzufügen kann.

Literatur.

1. v. Marschalkó. Ueber die sog. Plasmazellen. Ein Beitrag zur Kenntniss der entzündlichen Infiltrationszellen. Archiv für Dermatol. u. Syphilis. Bd. XXX. 1895.

2. Ebenda, pag. 68.

3. Paltauf. Entzündliche Neubildung. Lubarsch u. Ostertag's Ergebnisse der allg. pathol. Morphol. u. Physiol. 1895. p. 260 u. ff.

4. cf. auch v. Marschalkó. Zur Plasmazellenfrage. Centralbl. für allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. Bd. X. Nr. 21—22. 1899.

5. F. v. Hebra. Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase. Rhinoscleroma Hebrae. Nebst histologischem Befunde von Dr. M. Kaposi. Wiener medic. Wochenschr. 1870. 1.

6. Kaposi. Virchow's specielle Pathol. u. Therapie. III. Band (pag. 288 ff.)

7. E. Geber. Ueber das Wesen des Rhinosclerom. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1872. 493.

8. V. Tauturri. Un caso di Rhinoscleroma Hebrae. Il Morgagni. 1872. XIV. 1.

9. H. v. Hebra. Zwei Fälle von Rhinoscleroma (Hebrae). Jahresbuch d. allg. Krankenhauses in Wien für 1874.

10. Mikulicz. Ueber das Rhinosclerom. Archiv f. klin. Chirurg. XX. 3. Heft. 1876.

11. Weinlechner. K. Gesellsch. d. Aerzte. Wien. Sitzung vom 11./II. 1870.

12. v. Pitha, ebenda.

13. Hofmokl, ebenda.

14. Billroth. K. Gesellsch. d. Aerzte Wien. 24./X. 1879 u. Wien. med. Presse. 1879. Nr. 44.

15. v. Fritsch. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32. 1882.

16. Pellizzari. Das Rhinosclerom. Florenz. Le Monnier. 1883.

17. F. J. Pick. Demonstration eines Falles von Rhinosclerom. Verein deutscher Aerzte in Prag. 26. Oct. 1883.

18. Riehl. Zwei Fälle von Rhinosclerom. Sitzg. d. Wiener Ges. der Aerzte. 4./I. 1884. Anzeiger Nr. 11 vom 10. Februar 1889.

19. Barduzzi. Rhinosclerom. Pisa. 1884. Giornal. ital. delle mal. vener. e della pelle. (Jänner-Februar 1885.)

20. Cornil et Alvarez. Ueber die Mikroorganismen des Rhinoscleroms. (Annal. de Derm. et de Syph. T. VI. Nr. 4. 1885.)

— Communication sur les microorganismes du rhinosclérome. Bull. de l'acad. de méd. 1885. Nr. 18.

— Mémoire pour servir à l'historie du rhinosclérome. Arch. de physiol. norm. et pathol. T VI. 1885. Nr. 5.



21. E. Alvarez. Recherches sur l'anatomie pathologique du Rhinosclérome. Arch. de Physiol. norm. et pathol. V. VII. 1886. p. 196.

22. N. M. Wolkowitsch. Zur Histologie und parasitären Natur des Rhinoscleroms. Vorläuf. Mitth. im Centralbl. f. d. mediz. Wissensch. 1886. Nr. 47.

23. Janowsky. Ueber Rhinosclerom. Wiener medizin. Presse. 1886. Nr. 13.

24. R. Paltauf u. A. v. Eiselsberg. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Fortschritte der Medicin. 1886. Nr. 19—20 und Paltauf R., Demonstration von Rhinoscleromebakterien. Tagebl. d. 59. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Berlin. 1886. p. 378.

25. Baumgarten. Jahresbericht. der pathog. Mikroorganism. II. 1886. p. 268.

26. P. Dittrich. Ueber das Rhinosclerom. Zeitschrift für Heilkunde. 8. 1887.

27. V. Babes. Centralbl. für Bakter. u. Parasitenkunde. Band II. 1887. p. 88 und 617.

28. Melle. Les bacilles du rhinosclérome. Mémoire lu à la Royal Academie méd. chirurg. de Naples. Rèunion 28 août 1887.

29. Jakovski M. u. Matlakowski W. Ueber das Rhinosclerom. Gazetta Lekarska 1887. Nr. 45—53.

30. Stoukowenkow. Ueber 3 Fälle von Rhinosclerom. Mediz. Rundschau. Moskau. 1887. 20.

31. Nikiforoff M. Ueber das Rhinosclerom. Arch. f. exp. Path. u. Therap. Bd. VI. 1888.

32. Stepanow. Ueber die Impfungen des Rhinosclerom. Medicinskoje Obozrenije. 1888. Nr. 20 und Ueber Einimpfungen von Rhinosclerom auf Thiere. Monatsh. f. Ohrenheilkunde. 1889. p. 5.

33. Dittrich P. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Centralbl. f. Bakter. und Parasitenk. Bd. V. 1889. Nr. 5.

34. Mibelli. Beiträge zur Histologie des Rhinoscleroms. Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. VIII. 1889. Nr. 12. p. 531.

35. Wolkowitsch N. Das Rhinosclerom. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XXXVIII. Heft 2—3.

36. Rydigier. Ueber Rhinosclerom. v. Langenbeck's Archiv. Bd. XXXIX. 1890. H. 3.

37. Zagari. Ricerche eziologiche sul rinoscleroma. Giorn. intern. d. Sc. med. 1889. 4.

38. Paltauf. Parasitologische Mittheilungen. Wiener medizin. Wochenschr. 1890. Nr. 3.

39. Paltauf. Zur Aetiologie etc. Wiener klin. Wochenschr. 1891. 52—53. 1892. 1—2.

40. Pawlowski A. Sur l'étiologie et la pathologie du rhinosclérome. X. mediz. Congress. Berlin. 1890. Hirschwald. Berlin. 1891. p. 263.

41. Bandler. Ueber die Beziehungen der Chorditis voc. inf. hyp. (Gerhardt) zu dem Rhinosclerom (Hebra). Zeitschrift für Heilkunde. Bd. XII. 1891.



42. Jaia. Alcune ricarche batteriol. su di un caso di rinoscleroma. Giorn. ital. dell. mallatt. vener. 1891. Marzio.

43. Lubliner. Ein Fall von Rhinosclerom der Nase. Berl. klin. Wochenschr. 1891. p. 983.

44. Moskovitz u. Buday. Sclerom der Luftwege. (Ungarisch.) Gyógyászat. 1891. Nr. 27—28.

45. Juffinger. Das Rhinosclerom der Schleimhaut. Wien. 1892. (Hölder.)

46. Breda A. Rapporti fra i bacilli e le degenerazioni ialine de. rinoscleroma. Giorn. ital. delle mal. vener. 1893. fasc. 3.

47. Noyes. Ueber die kolloiden Zellen im Rhinoscleromgewebe Monatsh. f. prakt. Dermatol. Bd. X. Nr. 8.

48. Stepanow E. M. Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Montsh. f. Ohrenheilk. 1893. Nr. 1 und Zur pathol. Anatomie und Histologie des Scleroms. Ibidem. 1894. 7—8.

49. Lemcke. Ueber chron. Blennorrhoe der ober. Luftwege (sog. Stoerk'sche Blenn.) und ihre Bezieh. zum Scleroma respirat. Deutsche med. Wochenschr. 1893. pag. 617.

50. Ducrey A. Quattro caso di rinoscleroma. Giorn. Ital. d. mal. vener. 1892—93.

51. Kobler G. Ein Fall von Rhinosclerom. Wien. klin. Wochenschrift. 1894. p. 88.

52. Secretan S. Le rhinosclérome au Suisse. Ann. des mal. de l'oreille et du Larynx. v. XX. 1894. p. 675.

53. Unna. Histopathologie. Kap. Rhinosclerom. p. 480. ff.

54. Polyák. Streiffragen in der Histologie des Rhinoscleroms. Pester med. Presse. 1898.

55. T. Secchi. Osservaziona sulla istologia et etilogia del rinoscleroma. Ref. Annales de Derm. 1898. T. 12.

56. G. Mazza. Appunti sul rinosleroma. Giorn. ital. d. mal. ven. e dell. pelle. 1898. p. 271.

57. Ducrey A. Bacilles capsulés des voies naropharyngiennes de l'homme etc. Giorn. ital. d. mal. vener. e delle pelle. 1898. p. 297. Ref. Annal. de Dermat. 1899. Nr. 2.

58. Schottländer. Ueber Eierstockstuberculose. Jena. Gustav Fischer. 1897.

59. Krompecher E. Beiträge zur Lehre von den Plasmazellen. Ziegler's Beiträge zur patholog. Anat. und zur allg. Pathol. Band XXIV. 1898. Heft 1.

60. Justi K. Ueber die Unna'schen Plasmazellen in normalen und tuberculösen Granulationen. Virchow's Archiv. Bd. CL. H. 2.

61. v. Marschalkó. Zur Plasmazellenfrage. Centralbl. für allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. Bd. X. 1899. Nr. 21—22.

62. Hansemann. Ueber hyaline Zellen in Magenpolypen. Virch. Archiv. 148. pag. 349.



63. Thorel. Ueber die hyalinen Körper der Magen- und Darmschleimhaut. Virchow's Archiv. Bd. CLI. p. 319.

64. Unna. Hyalin und Kolloid im bindegewebigen Abschnitt der Haut. Monatsh. f. prakt. Deemat. Bd. XIX. 1894. pag. 595.

65. L. Török. Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XV. 3.

— Die Protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Paget-schen Krankheit. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. X.

66. Török und Tommasoli. Wesen des Epithelioma contag. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. X.

67. Unna. Zur Kenntniss der hyalinen Degenerationen der Carcinomepithelien. Dermat. Zeitschrift. 1893.

— Histopathologie der Hautkrankheiten. Kap. Maligne Neubildungen. p. 665. ff.

68. Klebs. Die albuminösen Degenerationen. Die hyaline Degeneration. Handbuch d. allg. Pathol. Bd. II. p. 113.

69. Ernst. Ueber Hyalin, insbesondere seine Beziehung zum Colloid. Virchow's Archiv. Bd. CXXX.

70. Lubarsch. Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des Glykogens in normalen und pathologischen Bildungen. Verh. d. naturforschenden Gesellsch. in Rostock. 1892.

— Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virchows Archiv. Bd. CXXXV.

— Zur Lehre von der Parenchymzellenembolie. Fortschr. d. Med. Band XI.

— Ueber Natur und Entstehung d. Harncylinder. Centralblatt f. allgem. Pathol. Bd. IV. pag. 209.

— Ueber den primären Krebs des Ileum. Virchow's Arch. B. CXI.

71. Lubersch u. Ostertag. Ergebnisse d. allg. pathol. Morph. und Physiologie. II. 1895. p. 204.

72. R. Klien. Ueb. d. Bez. der Russel'schen Fuchsinkörperchen zu den Altmann'schen Zellgranulis. Ziegler's Beiträge. 1892. XI. p. 665.

73. E. Goldmann. Beitrag zur Lehre von dem malignen Lymphom. Centralbl. f. pathol. Anat. 1892. p. 665.

74. K. Touton. Ein durch Arsen geheilter Fall von sog. allgem. Hautsarcomatose etc. Münch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 2—3. Separatabdruck.

— Ueber einen eigenthümlichen mikroskopischen Befund bei einem Falle von sog. allg. Hautsarcomatose. Arch. f. Dermat. u. Syph. Erg.-H. 1.

— Ueber Russel'sche Fuchsinkörperchen und Goldmann'sche Kugelzellen. Virchow's Archiv. Bd. CXXXII. pag. 427.

— Demonstration von Gregarinenpräparaten und solchen von Russel'schen Körperchen. Verhandl. d. deutschen dermatol. Gesellschaft. IV. Congress.

75. Seifert. Ueber Russel'sche Fuchsinkörperchen. Sitzungsber. der Würzburger physikal. med. Gesellsch. 3. März 1894.

76. v. Marschalkó. Demonstration von Rhinosklerompräparaten. Vortrag, gehalten in der med. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur am 17. Feber 1899. Sonderabdruck aus „Allgem. med. Centralzeitung." 1899. Nr. 56.

77. l. c. pag. 613.

78. Pelagatti. Blastomyceten u. hyaline Degeneration. Virchow's Archiv. 150. p. 247.

79. Lubarsch. Dic albuminösen Degenerationen. Ergebnisse der allg. path. Morph. u. Physiol. II. 1895. pag. 180. ff.

80. Lubarsch. Achylia gastrica. F. Deuticke 1897.

81. U. Mantegazza. Sulla presenza dei corpusc. di Russel in ulc. dermat. 1897.

82. C. Sternberg. Ueber die Zelleinschlüsse in Carcinomen und ihre Deutung als Blastomyceten. Ziegler's Beitr. Bd. XXV. H. 3.

83. J. Jadassohn. Demonstration von Unna's Plasmazellen etc. Verhandl. d. deutsch. dermat. Ges. II. Congress. 1891.

84. Unna. Ueber Plasmazellen. Monatsh f. prakt. Dermatologie. Bd. XX. 1895. Nr. 6.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XIV.

Fig. 1. Mikulicz'sche Zellen, Plasmazellen, hyaline Kugeln. Alkohol Fix. III Färbung. Zeiss. Comp. Oc. 8. Apochr. Immers. (Apert. 1·40). Bei (a) eine hyaline Zelle mit drei grossen hyalinen Kugeln, die eine ist bereits ganz frei, zwischen den beiden anderen ist der abgeplattete Kern zu sehen. Rechts von dieser Zelle eine grosse Mikulicz'sche Zelle, links fast lauter solche Zellen. Bei (d) zwei sehr grosse Mikulicz'sche Zellen, mit grossen Gloeas, der Zellkern von der einen Zelle (b) platt und an die Zellwand gedrückt, von der anderen (c) durch eine Gloea theilweise verdeckt. Zwischen diesen beiden M.'schen Zellen und daneben zahlreiche Bacillen freiliegend, doch sieht man bei (g) den Rest eines Zellkernes, und es ist anzunehmen, dass die Bacillen ursprünglich in einer M.'schen Zelle enthalten waren. Bei (e) sieht man in zwei M.-schen Zellen auch alleinstehende Bacillen mit deutlicher Kapsel. Bei (h) polynucleäre Leukocyten in den M.'schen Zellen. (i) Plasmazellen, (k) zerfallene Plasmazellenkerne, (l) Bindegewebszellen.

Fig. 2. Erstes Stadium der hyalinen Degeneration der Plasmazellen im Rhinosclerom. Sublimatfixirung. III Färb. Zeiss. Comp. Oc. 8. Apochr. Immers. (Apert. 1·40). Bei (a) eine Plasmazelle mit etwas vergrössertem Leib und ganz normalen Kern, der sich von den Kernen der ringsherum stehenden 3 Plasmazellen gar nicht unterscheidet. Der Zellleib der genannten Zelle mit starkglänzenden, deutlich gelb gefärbten Granulis gefüllt. Bei (b) eine Bindegewebszelle. Sämmtliche Zellen in einem schön rosaroth gefärbten Collagengerüst.



Fig. 3. Dasselbe von einer anderen Stelle des Präparates. Bei a die vergrösserte mit gelben Granulis gefüllte Plasmazelle von normalen Plasmazellen umgeben. (b) Lymphocyt.

Fig. 4. Dasselbe Präparat mit einer anderen Plasmazelle im ersten Stadium der hyalinen Degeneration (a). Ringsherum Plasmazellen und Lymphocyten und sehr dicke collagene Bündel. (b) Bindegewebszellen.

Fig. 5. Vorgeschritteneres Stadium der hyalinen Degeneration. Bei (a) eine Plasmazelle mit noch ganz charakteristischem Kern, aber sehr stark vergrössertem Leib, welches mit bereits grösseren, ganz deutlich als kleine, scharf begrenzte, stark lichtbrechende und stark gelb gefärbte Kugeln unterscheidbaren Gebilden ganz ausgefüllt ist. Bei (b) normale Plasmazellen, (c) Bindegewebszelle; rothes Collagengerüst stark entwickelt. Schnitt von demselben Stück der Geschwulst wie früher. Sublimat fix. III Färbung dieselbe Vergrösserung.

Fig. 6. Noch weitere Entwickelung der hyalinen Kugeln. Die Plasmazelle (a), die noch einen ganz charakteristischen, nur von der einen Seite etwas platt gedrückten Kern hat und ebenfalls sehr stark vergrössert ist, führt in ihrem Leibe 4 grössere und eine kleinere hyaline Kugeln, zwischen denen noch Reste vom Protoplasma; (b) normale Plasmazellen; (c) Bindegewebszelle. Derselbe Schnitt und dieselbe Färbung wie in Fig. 15. Zeiss. Oc. 8. Apochromat. Immers. Apert. 1·40.

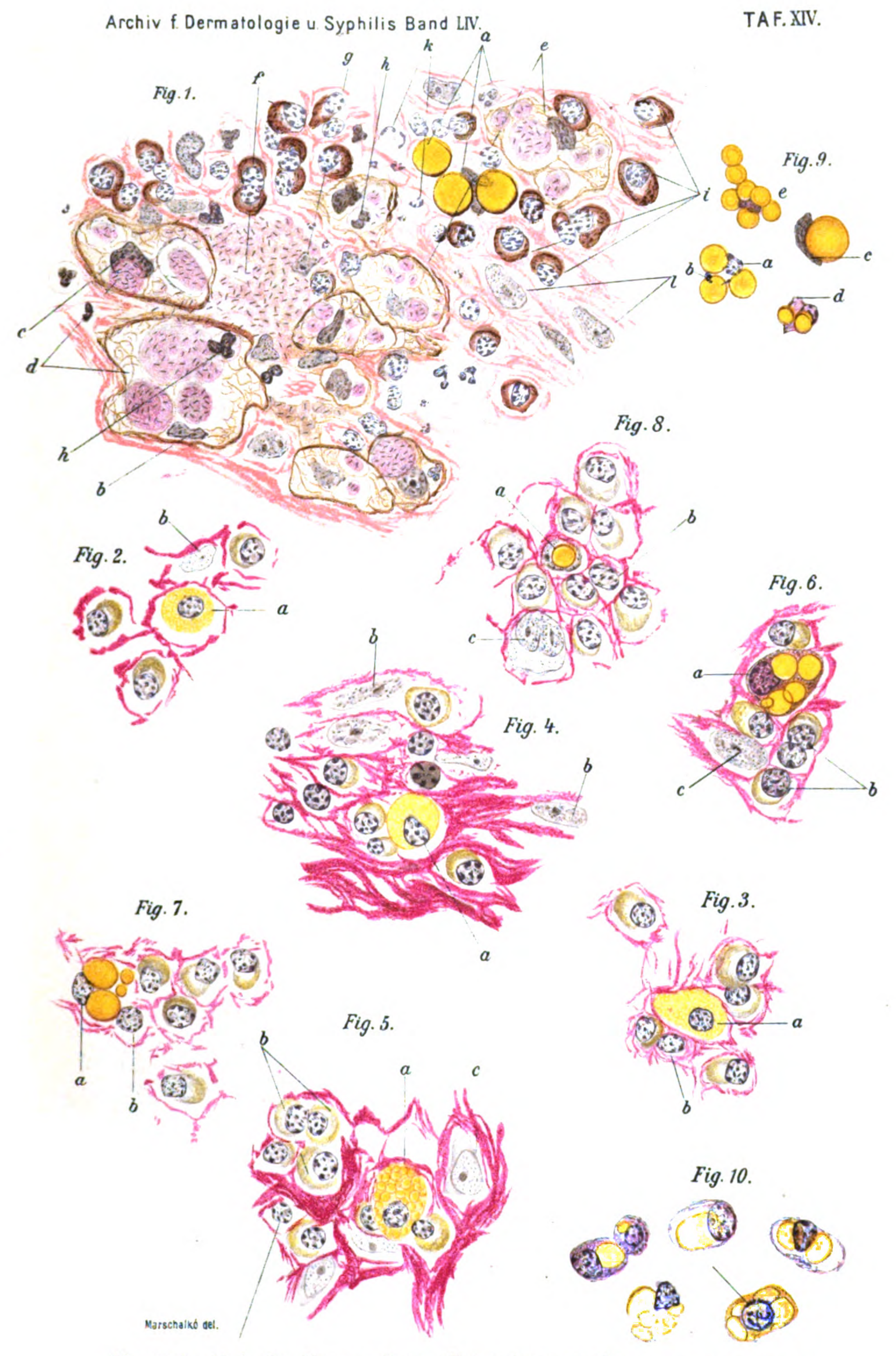
Fig. 7. Bei (a) eine hyaline Zelle mit 2 grösseren und 2 kleineren Kugeln. Zellmembran nicht mehr sichtbar; der Kern ist aber noch immer als ein Plasmazellenkern zu erkennen. (b) Lymphocyt. Ausserdem mehrere noch wohlerhaltene Plasmazellen. Dasselbe Präparat wie in Fig. 16.

Fig. 8. Hyaline Kugel im Zellkern (bei a). Ob derselbe Plasmazellenkern ist, ist nicht zu entscheiden. (b) Lymphocyt, (c) Bindegewebszelle. Ausserdem Plasmazellen und Collagengerüst. Dasselbe Präparat.

Fig. 9. Verschiedene hyaline Kugeln aus Rhinosclerompräparaten. Bei a—b drei schöne hyaline Kugeln um einen theilweise schon zerbröckelten, doch noch ganz deutlich erkennbaren Plasmazellenkern. Bei c) eine grosse freistehende Hyalinkugel mit einem sichelförmigen, daran haftenden Kern. Bei (d) Plasmazelle mit noch ganz charakteristischen Kern, zwei hyalinen Kugeln und Protoplasmarest. Bei (e) 7 freigewordene hyaline Kugeln, zwischen ihnen noch ein abgeplatteter Kernrest. Sublimat fix. III Färbung. Zeiss. Comp. Ocul 8. Apochromat. Immers. (Apert. 1·40).

Fig. 10. Hyalin entartete Plasmazellen aus einer syphil. Sclerose mit kleineren und grösseren, ebenso aussehenden und sich färbenden hyalinen Kugeln, wie die früheren. Bei (a) der Kern in Karyorrhexis. Sublimat-Fixirung. III Färbung. Zeiss. compens. Oc. 8. Apochromat. Immers. (Apert. 1·40).





Marschalkó: Die Plasmazellen im Rhinoscleromgewebe.

K. u. k. Hoflithographie A. Haase Prag

Einige Bemerkungen zu Jordan's Aufsatz über Syphilisbehandlung mit Mercuriol.

Von

Dr. **Gösta Åhman**
in Gothenburg.

In diesem Archiv Bd. LI berichtet Dr. Jordan über eine Anzahl mit Mercuriol, in der von mir angegebenen Weise, behandelter Fälle. Nachdem er die antiluetische Wirkung, die das Mittel in diesen Fällen gezeigt, und einige Untersuchungen des Harnes besprochen hat, kommt er zu dem Schlusse, dass die Mercuriolcur als „schwächer" als die Einreibungen und die Injectionen zu bezeichnen sei. Diese Ansicht mag für seine Rechnung stehen, und es ist nicht, um hierüber zu streiten, dass ich die folgenden Zeilen niederschreibe. Jordan hat indessen diesen seinen Schluss auf besonders lose Gründe gestützt und die Art und Weise, in der er seine Beobachtungen deutet, zeigt eine so eigenthümliche Auffassung, dass ich es nicht unterlassen kann, einige kritische Bemerkungen hinzuzufügen.

Jordan hat, wie er sagt, 14 Fälle von secundärer Lues behandelt. Für die allgemeine Behandlung erwies sich das Mercuriol in 9 Fällen, unter denen sich 7 Fälle mit papulösem Exanthem fanden, welches, wie bekannt, gegen die Hg-Behandlung relativ resistent ist, als hinreichend. In Betreff dieser Fälle bemerkt er indessen, dass er genöthigt gewesen ist, für nässende und härtere Papeln locale Behandlung anzuwenden und dass die Schleimhautaffectionen, z. B. Angina und Laryngitis, nicht ebenso schnell wie die Hautexantheme verschwanden.

Es erscheint mir eigenthümlich, dass Jordan etwas anderes erwartet hat. Dieses ist ja bei allen Behandlungsmethoden der Fall. Will man mit harten Papeln und breiten Condylomen in gehöriger Zeit fertig werden, ist man gewöhnlich gezwungen, ausser der allgemeinen auch locale Behandlung anzuwenden; dieses ist ja jedem Praktiker bekannt und in allen Handbüchern der Syphilisbehandlung hervorgehoben. Was die Exantheme anbelangt, so sind dieselben ja recht schnell verschwunden, die papulösen nach der Angabe des Auctors in 14—26 Tagen. Vergleichen wir hiermit, was Prof. Is. Neumann in seinem grossen Handbuch „Syphilis", 2. Aufl., Wien 1899, auf pag. 802 über die Einreibungen sagt: „manche Syphilisformen (maculöse, papulöse Syphilide) heilen nach 20—31 Einreibungen, andere (papulöse, ulceröse Syphilide, Tophi) benöthigen eine grössere Zahl", so finden wir ja, dass die Mercuriolbehandlung in diesen 9 Fällen mit grossem Erfolg den Vergleich mit den Einreibungen bestehen kann. Mit dem Ergebniss der Behandlung in diesen 9 Fällen dürfte also Jordan zufrieden sein können. Dass Jordan zur localen Behandlung Hg-Präparate angewendet hat, erscheint mir eigenthümlich. Will man eine Behandlungsmethode prüfen, um ein Urtheil über sie aussprechen zu können, muss man sich möglichst reine Fälle verschaffen, d. h. mit der localen Behandlung so lange wie möglich zögern, und wenn sie nothwendig wird, dazu keine Hg-Präparate anwenden.

In den fünf anderen Fällen brach Jordan die Mercuriolbehandlung ab, um zu anderen Behandlungsformen zu greifen (ohne zwingende Indicationen, ein höchst unwissenschaftliches Verfahren). In den zwei citirten Fällen geschah dieses nach 19 resp. 14 Mercurioldosen ohne anderen zwingenden Grund, als den, dass nässende Papeln bestehen blieben. Weshalb wurde hier die Behandlung nicht bis zu der von mir angegebenen Grenze (40 Tage) fortgesetzt, da sie ja gegen die anderen Symptome guten Effect zeigte. Nun weiss ja Jordan nicht, wie es in solchem Falle gegangen sein würde. Diese beiden Fälle sind also eigentlich nicht in die Casuistik des Auctors aufzunehmen und beweisen jedenfalls weniger als nichts. Aehnlich verhält es sich wohl auch mit den drei übrigen Fällen.

Was die beiden Tertiärfälle anbetrifft, so dürfte Jordan mit mir völlig über das Factum einig sein, dass Hg gegen Tertiärsymptome viel langsamer als gegen Secundärsymptome wirkt, Jodkalium dagegen aber eine sehr schnelle Wirkung zeigt.

Jordan hat den Harn auf Hg untersuchen lassen und dabei gefunden, dass mit den von ihm angeführten Methoden Hg nach 7—10 Mercurialdosen, nach 8—10 Salbensäckchen, nach 4 Inunctionen und nach 2 Sublimatinjectionen im Harn nachzuweisen war. Hierzu will ich bemerken, dass ich selbst die Ueberlegenheit der Injectionen in diesem Falle anerkannt und bezeugt habe. Was die Zeitangaben anlangt, so kann ich dieselben nicht controliren, da meine Untersuchungen nach der Almén-Schillberg'schen Methode ausgeführt worden sind, die empfindlicher zu sein scheint. (Mit dieser Methode lässt sich Hg schon nach einer Einreibung leicht im Harn nachweisen.)

Es scheint mir übrigens von geringem Gewicht zu sein, den Zeitpunkt zu bestimmen, wo sich die ersten Spuren von Hg im Harn nachweisen lassen, denn die „Records", die die verschiedenen Methoden in dieser Hinsicht prästiren können, haben nur in dem Falle Bedeutung, dass alarmirende Symptome (Gehirnlues, zerfallende Gummata u. s. w.) eine augenblickliche und kräftige Hg-Einwirkung erfordern. In diesem Falle dürften die Injectionen (+ Jodkalium) die einzig richtige Behandlungsform sein. Wichtiger wäre es gewesen, wenn Dr. Jordan meine Behauptung controlirt hätte, dass bei der Behandlung mit Mercuriol nach der von mir angegebenen Zeit (30—40 Tagen) Hg im Harn in hinreichender und ungefähr ebenso reichlicher Menge wie bei der Anwendung anderer Behandlungsmethoden nachgewiesen werden kann. Dr. Jordan scheint indessen dieser Seite der Sache keine Aufmerksamkeit geschenkt zu haben. Es ist aber dann schwer zu verstehen, wie er sich eine Ansicht von der Grösse der Hg-Absorption bei der Behandlung mit Mercuriol hat bilden können. Ich will hier bemerken, dass bei der Ansammlung so grosser Mengen Mercuriol in dem Säckchen in den letzten Tagen der Cur wahrscheinlich eine cumulative Wirkung entsteht. Ich pflege deshalb nunmehr schon von Anfang an grössere Mengen Mercuriol (15—30 Gr.) in das Säckchen zu streuen.



Dr. Jordan zieht zuletzt den Schluss, dass die Wirkung der Behandlung mit Mercuriol schwächer als mit Inunctionen ist. In wiefern dieses der Fall ist, mag eine erweiterte Erfahrung entscheiden. (Hierbei kommt ja viel auf die Anwendungsweise und die Dosirung des Mittels an.) Ich habe mit den vorstehenden Zeilen nur zeigen wollen, auf welche losen Gründe und welch unwissenschaftliches Raisonnement Dr. Jordan sein Urtheil in dieser Frage basirt hat.

Dr. Jordan hat in Uebereinstimmung mit mir beobachtet, dass die syphilitischen Exantheme zuerst an der Stelle verschwinden, wo das Säckchen liegt. Zugleich kann man oft beobachten, dass kein Mercuriolpulver durch das Säckchen gedrungen ist. Gleich Dr. Spiegler (Ueber die Einreibungscur bei Syphilis, Wiener Medicinische Blätter, 1899, Nr. 23) kann ich in diesem Phänomen nichts anderes als einen Beweis dafür sehen, dass Hg in Dampfform von der Haut resorbirt wird. Eine wie grosse Rolle diese Resorption im Vergleich mit der durch die Respirationsorgane geschehenden spielt, ist schwer zu entscheiden. Indessen erscheint es als immer wahrscheinlicher, dass Hg ausschliesslich in Dampfform resorbirt wird, daher es also bei jeder auswärtigen Application von Hg unser Ziel sein muss, seine Verdünstung so lebhaft wie möglich zu machen. Dieses Ziel ist in dem Mercuriol durch die äusserst feine Vertheilung des Quecksilbers berücksichtigt.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr. Riehl zu Leipzig.

Ueber Ichthyosis congenita.

Von

Dr. **Erhard Riecke,**
Assistent.

(Hiezu Taf. XV—XX.)

Wenn man die Literatur auf jene Bildungsanomalie hin durchforscht, die als Ichthyosis congenita, intrauterina oder foetalis, von Lebert (19) als Keratosis diffusa epidermica intrauterina bezeichnet worden ist, so findet man die ersten sicheren Angaben hierüber am Ende des 18. Jahrhunderts verzeichnet.

Trotz dieser langen Zeit sind aber bis heute nur relativ wenige Fälle dieser eigenartigen, foetalen Erkrankungsform beschrieben, so dass sich auch alle Autoren, die darüber berichten, darin einig sind, dass dieselbe eine äusserst selten zu beobachtende Missbildung ist, während wohl gerade aus diesem Grunde die Meinungen über Ursache und Wesen des Processes in vielen Beziehungen auseinandergehen.

Eine Aenderung in der Begrenzung des Krankheitsbegriffs ist in den letzten Jahrzehnten besonders dadurch herbeigeführt worden, dass man Fälle beobachtete, in denen nicht, wie in den bis dahin bekannten, in kürzester Zeit post partum der Exitus eintrat, und in denen die Veränderungen nicht bei der Geburt schon zur vollen Entwicklung gekommen waren, sondern sich später erst ausbildeten.

Andrerseits ist das Leiden, wenn es zur vollen Entfaltung gekommen ist, in seinen Symptomen so typisch, dass sehr viele der Abbildungen und Beschreibungen sich zum Verwechseln ähnlich sind; daher betonen auch viele Schriftsteller,



die neue Fälle dieser Krankheit bekannt geben, in Rücksicht auf frühere Mittheilungen, sie würden an ein Plagiat denken, wenn sie nicht sicherste Beweise für die Originalität ihres Objectes in Händen hätten. Wie ungemein charakteristisch die Erscheinungen dieses Krankheitsbildes sind, dafür spricht auch der Umstand, dass es ohne weiteres möglich war, die bei Thieren, speciell bei Kälbern beobachteten Missgeburten als Analoga der Ichthyosis congenita des Menschen zu deuten.

Da noch immer irrige Ansichten, die wohl zum grössten Theile nicht durch eigene Anschauung entstanden sind, und offenbare Verwechslungen der Ichthyosis congenita mit anderen Leiden vorliegen, erscheint es uns von Interesse und vielleicht von Nutzen, gelegentlich der Beschreibung unserer beiden Fälle den Stand der Frage unseres bisherigen Wissens zu erörtern.

Im pathologischen Institut der Universität Leipzig befinden sich zwei Embryonen, die das Bild der Ichthyosis congenita darbieten; durch die Freundlichkeit des interimistischen Leiters des Institutes, Herrn Professor Dr. Kockel und durch die Güte meines Chefs, des Herrn Professor Dr. Riehl, bin ich in die Lage gesetzt worden, die beiden Fälle eingehender untersuchen und darüber berichten zu können.

Wir geben zunächst die Beschreibung des makroskopischen Befundes.

Foetus A.

Frucht weiblichen Geschlechts, ca. 40 Centimeter lang. Die Haut ist im ganzen lederartig derb und verdickt. Sie ist durch eine gewisse Regelmässigkeit im Verlaufe der Furchen und Risse, die theils mit einem dünnen, epithelialen Ueberzug versehen sind, theils der Epidermisdecke entbehren, in Schilder und Platten verschiedener Grösse, Gestalt und Dicke gefeldert. Die Platten sind an der Oberfläche ziemlich glatt, mit spärlichem Lanugo bekleidet, sehr derb, von hornartiger Beschaffenheit; die normale Felderung der Haut tritt überall deutlich zu Tage. Die Plattenbildung findet sich bis auf die Hände und Füsse gleichmässig am ganzen Körper verbreitet, ihre Beschaffenheit ist im ganzen überall dieselbe. Sie werden durch verschieden tiefe und breite Furchen von einander getrennt, die entweder steil, fast senkrecht von den Platten abfallen oder aber es findet ein allmälicher, schräg ansteigender Uebergang der Furchen in die Schilder statt. Häufig finden sich auch beide Arten im Verlaufe einer Furche, indem in den mittleren Partien ihres Verlaufs eine steile Trennung und an ihren Enden ein all-



mälicher flacher Uebergang sich constatiren lässt. Die Furchung reicht bis zur Cutis oder auch in dieselbe hinein; an einzelnen Stellen ist diese letztere freigelegt, während meist eine dünne Epithelialschicht die Einsenkungen überkleidet. Bemerkenswerth an den Furchen, wie auch namentlich an den Uebergangsstellen in die Plattenränder ist eine eigenthümliche, feinfaserige Streifung, die in Form feiner, dicht an einandergedrängter, parallel verlaufender Fädchen bald horizontal, bald schräg aufsteigend oder senkrecht zur Hautoberfläche verlaufend, Verbindungsbrücken zwischen Platten und Furchen zu bilden scheint.

Die Haltung des Foetus erinnert noch an die im Uterus bei normalen Lageverhältnissen:[1]) der Kopf ist nach vorn gebeugt, die oberen Extremitäten sind in leichter Flexionsstellung. Die Hände sind im Handgelenk ulnar- und dorsal-, die Finger leicht palmarflectirt. Die Füsse stehen in mässiger Dorsalflexion, die Zehen leicht plantarflectirt.

Der Kopf ist brachycephal gestaltet und weist eine Anzahl beinahe ½ Cm. hoher, derber, gelbgrauer Platten auf, die steil abfallend durch verschieden breite und tiefe Furchen von einander getrennt sind. Die Platten zeigen einen spärlichen Wuchs von 2—3 Cm. langen, blonden Haaren, in den Furchen kein Haarwuchs.

Die Hauptfurche von 2—2½ Cm. Breite zieht über die Medianlinie des Schädels von der Haarnackengrenze beginnend bis zur Nasenwurzel.

Die Furche hat eine exquisit streifige Beschaffenheit durch querparallellaufende zahlreiche Leistchen. Entsprechend dem Sucus coronarius verläuft eine zweite Furche, die 1—1½ Cm. breit ist. Von der Gegend der kleinen Fontanelle aus erstreckt sich nach den Ohren jederseits eine tiefe Furche, die ½ Cm. breit, rechts die Ohrgegend erreicht, während sie links, nach unten zu sich verjüngend, centimeterhoch über der Mitte des os parietale aufhört. Eine noch tiefere, 3½ Cm. lange Furche läuft daumenbreit weiter hinten rechterseits der eben beschriebenen parallel, links ist dieselbe in kaum 2 Cm. Länge in Form einer seichten Rhagade angedeutet. Diese Furchen zeigen alle die oben beschriebene streifige Beschaffenheit, steil abfallende Ränder, die nach den Enden der Furchen zu meistens abflachen.

Entsprechend der Haarnackengrenze verläuft eine circuläre Furche, deren Details sich jedoch wegen einer künstlichen Naht, die die Haut des Kopfes mit der des Halses vereinigt, nicht mehr angeben lassen.

Das Gesicht erscheint hochgradig entstellt. Zwei kirschkerngrosse Wülste stellen die vor der Orbita gelegenen Bulbi dar, die oberen und unteren Augenlider sind rudimentär entwickelt, ektropionirt und umkreisen als hornige Wälle, den Rändern der Orbita aufliegend, die Bulbi. Die Conjunctiven stellen in Folge dessen flache, schmale Scheiben dar. Cilien und Supercilien fehlen vollständig. Eine flache Furche verläuft beiderseits sich verjüngend, vom äusseren Augenwinkel bis zur Regio praeauricularis.

[1]) Zum Zwecke besserer Uebersicht wurde die Haltung der Foeten bei der Photographie künstlich geändert.



Die Nase überragt kaum das Niveau der Gesichtshaut in Folge ihrer plattgedrückten Beschaffenheit. Die Nasenflügel liegen derselben schräg abgeplattet an, die Nasenlöcher sind eng, für eine mittelstarke Sonde durchgängig.

Die obenerwähnte sagittale Stirnfurche theilt sich über der Nasenwurzel, verläuft divergirend bis zu den fossae caninae, um dann fast rechtwinklig umbiegend, unter der Nase sich wieder zu vereinigen. Ober- und Unterlippe sind nur rudimentär entwickelt, hochgradig ektropionirt, so dass die Processus alveolares deutlich sichtbar werden. An Stelle der Mundspalte findet sich eine der Kreisform sich nähernde, wulstig begrenzte Oeffnung. Die Zunge ist in Folge des weit offen stehenden Mundes in ihrem unveränderten Zustande leicht sichtbar. In der Kinngegend befinden sich mehrere schmale Furchen, die in ihrer Mehrzahl annähernd kreisförmig dasselbe umgeben. Derbe und dicke Platten von unregelmässiger Configuration, die in ihrem sonstigen Verhalten keine Abweichungen von der oben beschriebenen Beschaffenheit darbieten, kommen durch die geschilderten Furchungen im Gesicht zu Stande.

Die linke Ohrmuschel erscheint von einer in der Kopfhaut ohne Unterbrechung über sie streichenden Hornplatte bis zum meatus auditorius herab fast völlig gedeckt, ihre Existenz verräth sich durch eine leichte Vorwölbung der Hornplatte, an der sich eine Andeutung der Ohrmuschel-Configuration, namentlich die obere Hälfte derselben betreffend, wahrnehmen lässt, während die untere Partie in ihrer Bildung unkenntlich ist, da von der Gegend des Gehörgangs aus strahlenförmig nach vorn und unten mehrere tiefe Einrisse von beinahe 2 Cm. Länge verlaufen.

Die dazwischen liegenden Hautschilder sind panzerartig verdickt, bis $\frac{1}{2}$ Cm. hoch. Das Vorhandensein eines Meatus auditorius ist nur bei genauester Besichtigung zu bemerken, derselbe ist für eine filiforme Sonde eben passirbar. Das rechte Ohr ist fast in toto excidirt.

Die vordere Peripherie des Halses wird von breiten, der Epidermis entblössten Furchen eingenommen, nur einzelne hornbedeckte Streifen sind hie und da sichtbar. Keine deutliche Plattenbildung. Brust und Bauch weisen einen fast symmetrischen Verlauf sowohl der Furchen wie der Platten auf; sie erfahren durch zwei in den Mammillarlinien verlaufenden ca. $1\frac{1}{2}$ Cm. breiten Furchen, die von den vorderen Achselfalten herkommend, in senkrechter Richtung von den Mammillen bis zu den Schenkelbeugen reichen, eine Dreitheilung in ein Mittelstück und zwei Seitenstücke.

Diese senkrechten Furchen werden durch horizontal verlaufende Querfurchen verbunden, die im Bereiche der Brust in grösseren Intervallen geordnet breitere Platten zwischen sich fassen, während am Abdomen schmälere Platten durch näher an einander gerückte parallele Furchen zu Stande kommen.

Die Platten und Schilder sind von sehr derber, fester Consistenz, von gelbgrauer Farbe, besitzen die normale Hautfelderung, lassen aber



keine Lanugo-Bekleidung mehr erkennen. Sie fallen gegen die Furchen zu steil ab, ihre Ränder zeigen das schon öfter erwähnte streifige Aussehen. Die beiden lateralen Theile weisen im allgemeinen weniger aber breitere Furchen auf, die in den oberen Regionen des Stamms nach der Axillarlinie, also schräg nach hinten oben tendiren, während sie in den Hypochondriacalgegenden horizontal verlaufen. Die Furchen setzen sich continuirlich nach dem Rücken zu fort mit der Neigung zu convergiren. Es kommt denn auch zur Confluenz zahlreicher Furchen, so dass sich nur eine beschränkte Anzahl derselben am Rücken vorfindet. Namentlich treten zwei derartige Einsenkungen daselbst hervor, von denen die obere beinahe 3 Cm. breite seichte Rückenfurche ungefähr dem unteren Scapularrand entsprechend schräg nach innen oben verläuft, um am Uebergang der Hals- in die Brustwirbelsäule mit der entsprechenden Furche der anderen Seite zu confluiren. Zwei schmale Furchen, den oberen in der Richtung parallel, stossen unter einem stumpfen Winkel über dem Kreuzbein zusammen. Es kommen auf diese Weise einige grosse, platte Schilder der Rückenhaut zu Stande, die in ihrer derben Beschaffenheit in nichts von den früher beschriebenen sich unterscheiden.

Der Anus, der leicht passirbar ist, liegt im Niveau der Haut, es laufen von der Analöffnung nach allen Seiten hin nicht sehr tiefe, verschieden breite Furchen aus, die dadurch, dass sie convergirend zusammentreffen, eine Anzahl ovalärer derber Platten umschliessen, die in der Sacral- und Perinealgegend und nach den Trochanteren zu gerichtet sich vorfinden.

Die Genitalien sind normal entwickelt; durch ein Ectropium der Labia majora, die mit einem rissigen, derben Ueberzuge versehen sind, erweist sich die Vulva klaffend; in derselben sieht man die kleinen Labien und den unveränderten Hymen.

Eine centimeterbreite seichte Furche umgibt auf beiden Seiten nahezu circulär verlaufend das Hüftgelenk und bildet auf diese Weise eine Trennungsfurche zwischen Stamm und unteren Extremitäten.

Die oberen Extremitäten sind vom Stamm abgesetzt durch schräge mässig tiefe und breite Furchen, die den vorderen Achselfalten entsprechend verlaufen. An der Innenseite der Oberarme findet sich beiderseits je eine ca. $1\frac{1}{2}$ Cm. breite longitudinale Furche, von der eine Anzahl quer verlaufender, mässig breiter und tiefer Furchen abzweigt; das Ellbogengelenk umgeben mehrere epithelentblösste circuläre Einrisse. Ebenso finden sich an der medialen Seite der Vorderarme zwei schräg nach unten aussen verlaufende, ca. 2 Cm. breite Furchen ohne nennenswerthe seitliche Ausläufer. Es treten somit an den Armen mehrere Platten zu Tage, die verhältnissmässig grosse Flächen einnehmen, sonst aber von der gleichen Beschaffenheit wie die übrigen sind. Das Handgelenk wird beiderseits von ziemlich tiefen, aber schmalen epithelentblössten Einrissen circulär umgeben; von hier aus gehen einige unbedeutende, schräg verlaufende Furchen in die Vola manus hinein.



Die Hände erscheinen im ganzen etwas klumpig verdickt, die Finger sind normal entwickelt, ebenso sind die Nägel zwar etwas klein, aber nicht abnorm gebildet. Die Haut der Hände vom Handgelenk an hat eine besondere Beschaffenheit: sie erscheint glatt, ohne Einrisse, derb und verdickt, zu weit, wie ein über die Weichtheile gestülpter Handschuh.

An den unteren Extremitäten liegen beinahe analoge Verhältnisse vor. Von der Spina superior anterior verläuft schräg nach innen unten bis zum Condylus internus beiderseits je eine 1—1½ Cm. breite, nicht sehr tiefe Furche, die in circulär das Kniegelenk umgebende, ganz seichte über centimeterbreite Einsenkungen übergeht. Da hier die seitlichen Ausläufer fehlen, so kommt am Oberschenkel eine multiple Plattenbildung nicht zu Stande; die Haut zeigt dieselbe derbe, hornartige Beschaffenheit, wie anderorts die Platten. Am linken Unterschenkel verläuft in der oberen lateralen Hälfte eine seichte Furche von über 1 Cm. Breite, rechts fehlt dieselbe. Weiter abwärts ist keine Furchen- und Plattenbildung mehr vorhanden, doch hat die Haut daselbst eine gleiche derbe, feste Beschaffenheit wie jene.

Ueber dem Dorsum der Fussgelenke verlaufen schmale Rhagaden. Die Haut der Füsse ist schlaff, in gröbere Falten gelegt, als ob sie zu weit für ihren Inhalt wäre; an der Oberfläche glatt und ohne Einrisse ist sie im ganzen derb und dick. Die Haut an der Planta weist keine Besonderheiten auf.

Die Füsse erscheinen plump, die Zehen sind entwickelt, die Nägel klein.

Da der Foetus seit mehr denn dreissig Jahren in der Conservirungsflüssigkeit sich befindet, ist es nur unvollkommen möglich, über die Oberflächenbeschaffenheit desselben präcise Angaben zu machen; die Beschreibung wird auch dadurch einigermassen erschwert, dass der Foetus bei der Obduction theilweise zerschnitten und durch die Injection der Blutgefässe noch weiter in seinem Aussehen verändert wurde.

Leider war es auch nicht mehr möglich, anamnestische Daten zu eruiren. Ebenso lässt sich über den Befund der inneren Organe, da die Section bereits gemacht ist, nichts aus eigener Anschauung berichten. Nun hat sich aber herausgestellt, dass dieser Foetus derselbe ist, den Jahn (23) in seiner Dissertation 1869 bearbeitet hat, und so sind wir imstande, aus seinen Mittheilungen einige ergänzende Angaben zu machen.

So erfahren wir anamnestisch, dass das Kind von einer 35jährigen Handarbeiterin aus Gössnitz stammt, die als Kind vielleicht rhachitisch, sonst aber stets gesund gewesen ist. Mit 16 Jahren wurde sie unregelmässig menstruirt. 1857 gebar sie mit Kunsthilfe ein 5 Monate altes, odtes Kind. Die Frühgeburt soll angeblich durch Verheben herbeigeführt



sein. 1859 erfolgte ihre zweite Entbindung von einem reifen, ausgetragenen Kinde, das nach 14 Wochen starb (woran?). Auch diesmal war Kunsthilfe bei der Geburt erforderlich. Sie will damals lahm gewesen, aber nach dem gut verlaufenen Puerperium wieder ganz gesund gewesen sein. (Osteomalacie?) Die dritte Schwangerschaft begann Ende des Jahres 1868, ungewöhnlich heftige Kindesbewegungen sind das einzig nennenswerthe Vorkommnis während derselben. Die Geburt erfolgte am 18./VIII. 1869 nach Angabe der Mutter mindestens einen Monat zu früh. Ueber die Geburt berichtete die Hebamme, dass nach Abfluss von reichlichem Fruchtwasser bei kräftigen Wehen schnell die Ausstossung der lebenden weiblichen Frucht erfolgt sei, die spärliche Vernix caseosa aufgewiesen habe. Nabelschnur und Placenta normal. Nach dem Bade des Kindes bildeten sich, nach Angabe der Hebamme, in der dicken, weissgelblichen Haut eigenthümliche, ungleichmässige Furchen, zuerst am Kopf, dann am übrigen Körper. Das Gewicht des Kindes betrug 4 Pf. 28 Loth.

Vier Stunden p. p. sah der hinzugezogene Arzt Dr. Roth das Kind. Neben den Verunstaltungen im Gesicht und den Hauteinrissen fiel ihm ein höchst widerlicher Geruch auf. Saugen war unmöglich, dagegen schluckte das Kind ganz ordentlich, sobald man ihm Flüssigkeit in den Mund brachte. Am 1. Tage war das Kind sehr unruhig, schrie sehr kräftig und schlief gar nicht. Herztöne rein und laut. Darm- und Blasenfunction normal. Am 2. Tage wurde das Kind ruhiger und schlief stundenlang. Nach 9 Tagen trat der Exitus ein. Bemerkenswerth ist noch das Verhalten der Augen, der Nase und des Mundes intra vitam. Die Augen wurden durch bohnengrosse, rothe, dicke Wülste, die als die chemotisch geschwellte Conjunctiva palpebr. super. anzusprechen waren, vollkommen bedeckt. Das obere Augenlid beiderseits ektropionirt. Der verdickte Rand des unteren ohne Ektropion verschloss fast vollständig die Augenhöhle, so dass die Cornea nur schwer zu sehen war. Diese letztere war unverändert. Nur durch die rechte Oeffnung der plattgedrückten Nase erfolgte Luftzutritt, während die linke durch verdickte Haut verschlossen erschien. Der Mund bildete eine weite Spalte, die den Einblick bis zur hinteren Rachenwand erlaubte, sobald das Kind schrie.

Ueber den Sectionsbefund berichtet Jahn Folgendes:

„Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigte sich der untere Theil der rechten Pleura costalis stark hyperämisch, mit einem feinen blassröthlichen Fibrinbeschlag bedeckt und durch einige fadenförmige Adhäsionen mit der Pleura pulm. verwachsen. Die diesen Adhäsionen entsprechenden Lungenpartien (die äusseren unteren Abschnitte des rechten unteren Lappens) waren sehr stark hyperämisch, von dunkelbraunrother Färbung und vollständig luftleer. In der nächsten Umgebung traf man lufthaltiges, jedoch ebenfalls sehr blutreiches Gewebe an. Der obere und mittlere Lappen der rechten Seite, deren Trennung sich nur durch eine ganz seichte Furche markirte, waren von hellerer Farbe, lufthaltig und an einzelnen Stellen etwas emphysematös. Die linke Lunge bot im Ganzen ein



ähnliches Bild dar. Im unteren Lappen fand sich ein keilförmiger dunkelrother Herd, dessen Basis sich auf der Lungenpleura dieses Lappens als eine blaurothe, runde Stelle erkennen liess, auf der ein feiner, den kleinsten Lobulis entsprechender Fibrinbeschlag ein helles Netzwerk bildete. Die Pleura bot sonst ausser einer geringen Injection nichts Abnormes. Aus einzelnen grösseren Bronchialästen liessen sich kleine Eiterpfröpfe ausdrücken. Das Herz war normal. Das Foramen ovale, sowie der Duct. arter. Botalli waren noch offen. Die Leber zeigte einen grossen Blutreichthum, das Parenchym quoll über die Schnittfläche hervor, sonst konnte man nichts Abweichendes an ihr bemerken.

Nach der Section wurde das Kind kalt injicirt mit Berlinerblau. —“

Foetus B.

Frucht weiblichen Geschlechts 48 Centimeter lang, 31 Centimeter grösster Kopfumfang. Die Haltung entspricht der intrauterinen bei normalen Lageverhältnissen: der Kopf ist nach vorn gebeugt, die oberen Extremitäten sind im Ellbogengelenk stark flectirt und vor der Brust gekreuzt; die unteren Extremitäten sind im Hüftgelenk und Kniegelenk flectirt.

Die Haut ist an den einzelnen Körperregionen verschieden beschaffen. An Brust und Abdomen finden sich mässig dicke, hornige Platten von graugelblicher Farbe vor, die durch meist parallel laufende seichte Furchen von einander getrennt werden, die Haut der übrigen Körperregionen scheint ausser einer derben und leicht verdickten Beschaffenheit keine wesentlichen Veränderungen aufzuweisen; eine mehr minder ausgesprochene Faltenbildung lässt sich vielfach constatiren, dabei ist die normale Felderung der Haut überall deutlich ausgeprägt; Lanugobekleidung vorhanden.

Der dolichocephal gestaltete Kopf ist mit mehreren Centimeter langen, blonden Haaren, die an der hinteren Kopfhälfte in reichlicherer Anzahl als in der vorderen entwickelt sind, besetzt. Fontanellen und Nähte sind palpabel. Die Haut im Bereich des behaarten Kopfes fühlt sich derb an, kaum verdickt, und ist in der Hinterhauptsgegend in strahlenförmig verlaufende Falten gelegt, so dass sie hier scheinbar für den Inhalt etwas zu weit ist.

Das Gesicht weist mehrere Veränderungen auf, die zu einer Entstellung desselben Anlass geben. Stirn breit, ohne Besonderheiten. Die Nase überragt nur im mässigem Grade das Niveau der Haut, indem sie platt gedrückt erscheint; ihre linke Hälfte ist deutlich verschmächtigt, dieselbe macht den Eindruck, als ob sie eine Impression erlitten habe. Das linke Nasenloch schlitzartig eng, aber durchgängig, das rechte der Norm entsprechend weit. Von der Stirn ist die Nase durch einen quer verlaufenden Einriss der Epidermis abgesetzt; derselbe hat die Form eines $<$, dessen Basis am linken canthus internus, dessen Spitze am rechten canthus internus liegt. Diese Spalte biegt am linken cant. intern. rechtwinklig nach unten um und zieht als ca. $1/2$ centimeterbreiter, des

Epithels beraubter Einriss nach abwärts bis zum linken meatus narium. Die Augenbrauen sind über beiden arcus superciliares der Norm gemäss entwickelt. Sowohl die oberen, wie die unteren Lider sind ektropionirt und zu hornigen Lamellen umgewandelt, die Conjunctiven bilden einen völligen Verschluss der Orbita; nach mechanischer Trennung derselben findet man den anscheinend intacten Bulbus tief in der Orbita liegen. Dicht über dem Ober- und Unterlid verlaufen beiderseits als directe Fortsetzung der Nasen-Stirn-Furche zwei epithelentblösste Einrisse, die die Lider von der umgebenden Haut trennen. Diese Einrisse vereinigen sich am canthus externus jederseits wieder und die so entstandene Spalte setzt sich links kaum centimeterweit, rechts ca. 2 Cm. weit in horizontaler Richtung fort. Cilien sind nicht vorhanden.

Die Ohren sind regelrecht entwickelt, in ihrer unteren Hälfte ist die Ohrmuschel etwas plump; die hinteren Flächen derselben liegen dem Schädel etwas näher als normal an. Die Haut der Ohrmuscheln unverändert. Die Meatus auditorii sind weit und durchgängig.

Der Mund ist schief in die Länge gezogen, verbreitert, offenstehend in Folge von Ektropium der Lippen, das namentlich an der Oberlippe ausgesprochen ist, so dass der Processus alveolaris des Oberkiefers deutlich zu Tage tritt. Die Zunge und die Rachengebilde weisen keine Abnormität auf; von den Mundwinkeln aus erstreckt sich beiderseits eine excoriirte, über Cm. breite Furche bis zum angulus mandibulae. Die Unterlippe ist durch einen schmalen Einriss vom Kinn getrennt, das gut entwickelt keine Hautveränderungen aufweist.

Im Bereich des Halses ist die Haut vielfach excoriirt, nur einzelne schmale Epidermisinseln sind in der ganzen Circumferenz desselben erhalten geblieben.

Thorax und Abdomen zeigen die auffälligsten Hautveränderungen. Es lässt sich daselbst ein Unterschied bezüglich der Hautbeschaffenheit constatiren im Bereich des Sternum und der übrigen Hautbezirke. Ueber dem ersteren macht sich eine Längsfelderung der Haut durch seichte Faltenbildung geltend, durch schief verlaufende Falten findet eine spitzwinklige Kreuzung statt, wodurch eine chagrinlederartige Zeichnung der Haut zu Stande kommt. Die Haut selbst ist in dieser Region derb, wenig verdickt. In den übrigen Theilen bis zur hinteren Axillarlinie ist die Haut durch Bildung von Platten ausgezeichnet, die durch horizontale, einander parallel verlaufende Furchen getrennt sind. Die Platten sind wenig über millimeterdick, haben meist die Form von Rechtecken, ihre Oberfläche etwas derb; die Hautzeichnung ist auf ihnen erhalten, sie sind mit Lanugohaaren bekleidet. Ihre Ränder fallen meistentheils steil ab, nur vereinzelt zeigt sich eine allmäliche Abflachung. Die Furchen sind theilweise ohne epitheliale Decke, theilweise mit einer dünnen Hornschichte überkleidet; diese panzerartige Beschaffenheit der Haut reicht bis zu den Inguinalbeugen herab.

Der Rücken weist keine Plattenbildung auf. Die Haut desselben von den hinteren Axillarlinien an zeigt eine exquisite Faltenbildung.



Gleichmässig erstreckt sich über den ganzen Rücken eine grosse Anzahl longitudinaler seichter Hautfalten, die durch etwas tiefere, weniger zahlreiche Querfalten gekreuzt werden. Es wird so der Eindruck erweckt, als ob die Rückenhaut für ihren Inhalt zu weit wäre. Dieselbe ist derb, sonst unverändert.

Gleichartige, mässig tiefe, unter stumpfem Winkel sich kreuzende Hautfalten finden sich in der Regio sacralis und coccygea. Der Anus liegt nur wenig unter dem Niveau der normalen Haut. Perianal findet sich links und rechts je eine fingernagelgrosse, derbe und dicke schwarzbraune Hornplatte, scharf von der umgebenden Haut abgesetzt.

Die Genitalien sind vollständig entwickelt. In Folge von Ektropium der grossen Labien klafft die Vulva, aus der die kleinen Labien unverändert hervorragen. Hymen normal gebildet.

Die oberen Extremitäten sind durch zwei ca. $^1/_2$ Cm. breite flache Einrisse entsprechend dem Verlaufe der vorderen Achselfalten vom Stamm abgesetzt. Die Arme werden im Cubitalgelenk stark flectirt gehalten, in der Gelenkbeuge eine transversal verlaufende seichte Furche. Die Haut des Ober- und Vorderarms ist in zahlreiche regellos verlaufende, tiefere und seichtere Falten gelegt, sie erscheint daher für ihren Inhalt zu weit. Die Haut selbst ist nicht deutlich verdickt, normal gefeldert, mit Lanugo bekleidet. Nur über den Streckseiten der Ellbogengelenke finden sich lederartige derbe Hornplatten von Kleinfingernagelgrösse. Die Hände sind plump und werden im Handgelenk in Palmarflexion und Ulnarflexion gehalten. Das Handgelenk circulär umgebend ein seichter Einriss. Die Finger werden in starker Palmarflexion gehalten, die Daumen sind in die Flachhand eingeschlagen. Ueber dem 1. Phalangealgelenk des 2., 3. und 4. Fingers der rechten und des 4. Fingers der linken Hand finden sich schwarzbraun verfärbte, harte Hornauflagerungen, während über den betreffenden Gelenken der übrigen Finger schmale Hauteinrisse zu constatiren sind. Die Haut der ganzen Hand ist glatt, glänzend, derb, verdickt und erscheint durch ausgiebige Faltenbildung zu weit; die Haut der palma man. ist ohne Besonderheiten. Die Finger mit ihren Nägeln normal entwickelt.

Die unteren Extremitäten weisen ganz ähnliche Verhältnisse wie die oberen auf. Mässig breite, seichte Einrisse trennen dieselben vom Stamm; im Kniegelenk starke Flexionsstellung, die sich nur wenig ausgleichen lässt. In den Kniebeugen einige flache, verschieden breite Einrisse; die Haut über den Streckseiten der Gelenke ist gespannt, ohne Einrisse. Die Füsse sind in Dorsalflexion, die Zehen in Plantarflexion fixirt. Die Haut an den Oberschenkeln ist in zahlreiche Längsfalten gelegt, die sich spitz- und stumpfwinklig kreuzen und so auch hier eine chagrinlederartige Zeichnung der Haut bedingen, während an den Unterschenkeln nur seichte, quer und schräg verlaufende, kurze Fältchen in mässiger Anzahl vorhanden sind. Keine Verdickung oder sonstige Veränderung der Haut. Deutliche Lanugobekleidung. Die Füsse erscheinen als Klumpfüsse, die sie einhüllende Haut ist weit und schlaff, glänzend,



glatt, leicht verdickt, die Haut der Plantae ohne Besonderheit. Die Zehen sind von normaler Entwicklung, ebenso die, wenn auch kleinen, Nägel derselben.

Dieser zweite Foetus befindet sich seit 1881 im hiesigen pathologischen Institut. Anamnestische Daten sind nicht mehr zu eruiren. Ebensowenig lassen sich über den Sectionsbefund irgend welche Angaben machen. Jedenfalls aber kann man annehmen, dass das Kind nicht reif geboren wurde und dass dasselbe nur kurze Zeit gelebt hat.

Auch in diesem Falle hat die Oberfläche durch das lange Liegen in der Conservirungsflüssigkeit in ihrer ursprünglichen Beschaffenheit gelitten. Im Glasgefässe, in dem der Foetus aufbewahrt wird, finden sich zahlreiche kleinere und grössere Hornplatten, die im Laufe der Zeit von verschiedenen Hautstellen abgefallen sind. Einzelne der Schuppenauflagerungen sind leicht ablösbar und es erscheint mithin sehr wahrscheinlich, dass ein Theil der jetzt von Hornplatten freien Hautpartien derselben durch Maceration verlustig gegangen ist.

Wenn man die beiden geschilderten Krankheitsbilder mit einander vergleicht, so ergibt sich, dass den beiden Foeten neben gemeinsamen Symptomen doch auch eine ganze Anzahl differenter Eigenschaften zukommt. Es ist schon bei oberflächlicher Betrachtung zu erkennen, dass die Veränderungen des Foetus A bedeutend schwerwiegender und ausgesprochener sind als beim Foetus B. Sowohl die Anomalien in der Gesichtsbildung haben im ersten Falle einen viel höheren Entwicklungsgrad angenommen als im zweiten und die Hautveränderungen sind überall viel ausgesprochener als bei diesem.

Fragen wir uns nun, ob angesichts dieses differenten klinischen Verhaltens beide Foeten dennoch einem einheitlichen Krankheitsbilde für zugehörig zu erachten sind, oder ob wir es nicht mit zwei verschiedenen Processen zu thun haben, so führt uns diese Erwägung dazu, die in der Literatur bisher beschriebenen Fälle auf die Entwicklung ihrer Anomalien hin zu prüfen und mit unseren beiden Foeten in Vergleich zu stellen.

Wenn man von einer Reihe als Ichthyosis congenita oder intrauterina bezeichneter Fälle absieht, von denen sich bei genauerer Prüfung ergibt, dass sie ganz andere Krankheits-



processe vorstellen, so bleibt nur eine mässige Anzahl wirklich hieher gehöriger Mittheilungen übrig. Aus der mir zugänglichen Literatur habe ich im Ganzen einschliesslich unseres zweiten Foetus 54 Fälle von congenitaler Ichthyosis sammeln können.[1])

Die Fälle finden sich in chronologischer Reihenfolge, nach den Autoren benannt, in beigegebener Tabelle zusammengestellt mit gleichzeitiger Angabe der Reife, der Lebensdauer bez. des Alters der letzten Beobachtung, des Geschlechtes und besonders bemerkenswerther Einzelheiten. Wo Abbildungen den Arbeiten beigegeben, wurde davon, soweit dieselben im Original mir zu Gesicht kamen, Notiz genommen. Ausserdem findet sich noch eine Rubrik, in der der Krankheitsgrad des betreffenden Falles durch eine römische Ziffer angegeben ist.

Anhangsweise geben wir eine Uebersicht über die Fälle, die man bei Thieren, speciell bei Kälbern beobachtet hat, soweit wir uns darüber Kenntniss verschaffen konnten.

Es scheint hier die Ichthyosis congenita ein noch viel selteneres Vorkommniss zu sein als beim Menschen. Wenigstens sind in der Veterinärliteratur nur spärliche Angaben zu finden. Robin (70) gibt an, dass seit 1840 ungefähr ein Dutzend Fälle veröffentlicht seien, die von M. Goubeaux gesammelt wurden.

---

[1]) Nicht mitgerechnet ist dabei ein Fall, der von Dequevauviller (6) erwähnt wird und von einem preussischen Arzte, Namens Andreas Cnoffelius, beschrieben sein soll.

Dequevauviller theilt darüber Folgendes mit:

„J'ai vu, dit l'auteur, à Hoppenbauh, près de Manimbourg, un foetus de la longueur d'une palme et demie, du sexe masculin, chez lequel les oreilles manquaient de lobes. A la place des yeux étaient des tubercules rouges; il n'y avait presque pas de vestige du nez; la peau de toute la surface du corps était semblable à celle d'un porc passé au feu (porcelli assati), jaune et dure au point qu'elle résonnait à la percussion; elle présentait quinze fissures à travers lesquelles paraissait la chair crue (caro cruda); les doigts des mains étaient réunis et le pouce, aussi long que les autres doigts, représentait le pied d'une taupe et l'extrémité des mains étaient des tubercules de la grossesse d'une noisette. Cet enfant mourut le troisième jour, il rendit une urine blanche et épaisse; la partie postérieure du tronc était recouverte d'une moisissure (mucor) blancverdâtre, exhalant une odem infecte.“

Uns sind annähernd gleichviel Fälle bekannt geworden, für die Kenntniss einiger derselben bin ich Herrn Professor Dr. Eber, Director des Veterinär-Institutes der Universität Leipzig zu Dank verpflichtet, der mir auch liebenswürdiger Weise mittheilte, dass im Dresdener Veterinär-Institut ein mit dieser Missbildung behaftetes Kalb sich befindet. Nach Kitt (78) wurden von Frésier, Fournier, Goubeaux, Gurlt, Weber, Numann, Wellenberg und Sand Fälle dieser Vegetationsanomalie bei Kälbern beobachtet. Die bei Pferden, speciell in Indien constatirte Ichthyosis, die nach Burke (42) mit einer an den Lippen auftretenden Epithelwucherung ihren Anfang nimmt, hat mit unserer Form nichts gemein.

Ohne die Absicht, eine neue Classificirung der Fälle von Ichthyosis congenita vorzuschlagen, sondern nur zum Zwecke der Uebersichtlichkeit bei der folgenden Besprechung möchte ich drei Gruppen von Fällen abgrenzen, die sowohl ihrer äusseren Erscheinung nach, als insbesondere in Hinsicht auf den Verlauf anerkannte Unterschiede bieten. Beinahe die Hälfte aller Fälle gehören der ersten Gruppe an, während die Uebrigen ungefähr gleichmässig auf die zweite und dritte sich vertheilen. Bezüglich des Geschlechts ergibt sich keine Prävalenz einer Art.

Die erste Gruppe, die wir schlechtweg Ichthyosis congenita oder Icht. cong. *κατ᾽ ἐξοχήν* bezeichnen wollen, umfasst jene Fälle, die die hochgradigsten Anomalien in der Hautbeschaffenheit und den consecutiven Wachsthumsstörungen aufweisen. Diese Form ist stets bereits bei der Geburt vollständig entwickelt, zeichnet sich durch die Constanz ihrer Symptome aus und ist mit der Fortexistenz des Individuums unvereinbar. Die längste beobachtete Lebensdauer betrug 9 Tage (Jahn), durchschnittlich gehen die Kinder nach 3 Tagen zu Grunde, nur selten kommen die Früchte reif zur Welt. Die hierher gehörigen Foeten haben ungefähr folgende Beschaffenheit: Die ganze Hautoberfläche wird gebildet von dicken, derben, hornartigen, meist gelbgrauen Schildern und Platten, die über halbcentimeterdick sein können; dieselben sind von verschiedenster Configuration, rund, oval, dreieckig, viereckig, rechteckig und von diverser Grösse. Eine gewisse Regelmässigkeit in der Anordnung gleichartiger Platten bei den hieher gehörigen Foeten

ist unverkennbar. Zwischen den Platten verlaufen zahlreiche Furchen verschiedenster Breite und Tiefe. Dieselben fallen entweder steil, fast senkrecht von der Platte ab oder es findet ein allmälicher, sanft ansteigender Uebergang statt. Diese Furchen sind vielfach mit einer dünnen epithelialen Auskleidung versehen, oft aber liegt auch das Corium frei zu Tage. Hände und Füsse nur nehmen an der Platten- und Furchenbildung nicht theil. Dieselben finden sich meist als Klumphände und Klumpfüsse gebildet vor, sind von weiter, glatter, glänzender, derber, verdickter Haut bedeckt. Die Genitalien sind in den einen Fällen normal entwickelt, in anderen rudimentär; Ektropium ihrer Hautfalten gehört zur Regel.

Die schildpattartige Beschaffenheit der Haut hat, wie viele Autoren hervorheben, in der That wenig Aehnlichkeit mit der Schuppenhaut der Fische, und im Bestreben nach treffenderen Vergleichen hebt Ferd. v. Hebra (78) die Aehnlichkeit mit der Haut eines gebratenen Apfels oder eines gebratenen Spanferkels (Cochon de lait rôti) hervor, eine Aehnlichkeit, die wir übrigens schon von Cnoffelius constatirt finden, von anderer Seite werden Vergleiche mit in Wasser gekochten Kartoffeln (pommes de terre cuites à l'eau, Houel) (28) mit trockenem gelben Leder (Maroccoleder, Souty), (6) mit Panzer (Panzer der Krustenthiere, Müller-Kölliker), (11) mit Baumrinden (Jahn, Stühlinger) (32) u. dergl. m. herangezogen.

In gleicher Weise typisch wie die abnormen Verhältnisse der Haut sind die Anomalien der Gesichtsbildung, die sich bei den in diese Gruppe gehörigen Embryonen finden. Ebenso wie die Lanugobekleidung häufig fehlt, ist eine Entwicklung der Cilien und Supercilien nicht erfolgt. Die Augenlider sind rudimentär und in Form horniger Platten ad maximum ektropionirt, so dass die Conjunctiven in Form rother Fleischwülste prominiren, unter denen der übrigens normale Bulbus verborgen ist.

Die Nase ist stark abgeplattet, häufig erhebt sie sich kaum über das Niveau der übrigen Gesichtshaut, so dass in diesen Fällen ihre Formation kaum angedeutet ist. Die Nasenlöcher beide verengt, bisweilen findet sich nur ein solches vor.

Beide Lippen sind hochgradig ektropionirt, so dass die beiden Processus alveolares in entsprechender Breite zum Vor-



schein kommen. Dauernde Dehiscenz des Mundes. Derselbe gewinnt dadurch, wie Okel sen. (14) nicht mit Unrecht anführt, mit einem Fischmaule gewisse Aehnlichkeit.

Die Ohrmuscheln finden sich nie deutlich entwickelt, durch zahlreiche Einrisse ist die Ohrregion in der Regel zerklüftet, die Hautinseln sind mit beträchtlich dicken Hornplatten versehen. Bisweilen ist die Ohrformation an der Kopfhaut angedeutet, die Ohrmuscheln sind dann, wie Claus (69) treffend bemerkt, in die umgebende Haut gewissermassen „eingeplättet“. Das Vorhandensein des Gehörgangs als eines sehr engen Spaltes lässt sich durch Sondirung meist feststellen, das innere Ohr erweist sich fast regelmässig von normaler Entwicklung.

Als Typus dieser Form kann unser Fall A dienen.

Die zweite Gruppe, die wir als Ichthyosis congenita larvata bezeichnen wollen, umfasst jene Fälle, die die der Gruppe I zugehörigen Symptome entweder alle in gemilderter Form oder nur theilweise zeigen. In Folge dessen differiren die hierher gehörigen Krankheitsbilder einerseits mit dem Typus I, andrerseits auch unter einander. Gemeinsam ist ihnen die vollständige oder nahezu vollständige Entwicklung bei der Geburt; während die Foeten der Gruppe I aber alle nach wenigen Tagen zu Grunde gehen, können die der 2. Gruppe, wie aus der Tabelle leicht zu ersehen ist, lange Zeit am Leben bleiben. In ungefähr der Hälfte der hierher gehörigen Beobachtungen waren die Früchte reif geboren. Wie nun die Beschaffenheit dieser Foeten unter einander variirt, so sind auch bei ein und demselben Fall die Veränderungen nicht durchwegs gleichartig, gleich intensiv an den verschiedenen Körperstellen zur Ausbildung gelangt. In einem Falle zeigt die Haut, während hochgradige Anomalien in der Gesichtsbildung vorhanden sind, ein mehr minder normales Aussehen, im andern Falle ist die Platten- und Furchenbildung des Integumentes die auffallendste Erscheinung, während das Gesicht nur wenig abnorme Bildung erkennen lässt. So kann es, wie in unserem Falle B, vorkommen, dass an der Vorderseite des Stamms Platten- und Furchenbildung in typischer Weise zu Stande kommt, während im übrigen keine oder nur sehr seichte Einrisse bestehen und selbst die Hornplattenbildung nur eine minimale ist. Oder

die leicht schuppende Haut weist reichliche Faltenbildung im allgemeinen auf, so dass sie schlaff und weit erscheint, dagegen an den Extremitäten ist sie wie ein Schnürstrumpf straff der Unterlage anliegend, gespannt, dünn und glänzend, in grossen Lamellen desquamirend. Häufig ist die Haut im ganzen dünn, atrophisch, pergamentartig, trocken, glänzend, von Rissen oder Furchen durchsetzt, mit seidenpapierartigen Schuppen bedeckt. Auf diesen letzteren Zustand bezieht sich wohl der von manchen Autoren erwähnte Vergleich mit einem dünnen Collodiumüberzug [Gidon, (27) Hallopeau et Watelet(59)] oder Firnissanstrich [Perez, (37) Davidson (8)] oder einer gerissenen Porzellanglasur [craquelée, Cabot (65)] u. a. m.

Auch die Anomalien in der Gesichtsbildung können erheblichen Intensitätsschwankungen unterliegen. So kann ein Ektropium der Oberlippe in ausgesprochenster Weise bestehen, während die Unterlippe ein mehr weniger normales Verhalten zeigt (Seligmann) (5). Es kann hochgradiges Ektropium der Lider bestehen, während Nase und Ohren keine anormalen Erscheinungen darbieten (Davidson), neben wohlgebildeter Nase können die Lippen stark nach aussen gerollt sein und jede Spur einer Ohrmuschel fehlen, während bei normaler Entwicklung dieser die Deformirung der Nase das auffallendste Symptom sein kann.

In der Regel bieten Hände und Füsse dasselbe Verhalten, wie es den Fällen der ersten Gruppe eigen ist. Die Genitalien sind meist entwickelt. Ein Paradigma für diese Gruppe bildet unser Foetus B.

Die dritte Gruppe, für deren Bezeichnung wir den Ausdruck Ichthyosis congenita tarda wählen möchten, ist weniger durch ihre klinischen Eigenthümlichkeiten als vielmehr durch ihren eigenartigen klinischen Verlauf charakterisirt. Die hieher gehörigen Fälle zeigen den geringsten Grad in der Entwicklung der oben geschilderten Anomalien bei der Geburt, oder aber die Kinder kommen überhaupt ohne gröbere sichtbare Veränderungen seitens der Haut und der Theile des Gesichts zur Welt. Die Lebensfähigkeit solcher Kinder, sofern sie nicht frühgeboren sind, wird durch das Leiden zunächst kaum beeinflusst. Erst nach Tagen, Wochen

oder Monaten bilden sich Erscheinungen heraus, die schliesslich zum Bilde der Ichthyosis congenita der zweiten Gruppe führen. Dabei ist bemerkenswerth, dass fast stets mit der Entwicklung dieser Anomalien die Gesammtentwicklung des Organismus leidet. Je nach dem schliesslichen Grade der ausgebildeten Ichthyosis cong. wird eine Weiterexistenz ausgeschlossen oder aber ein Fortvegetiren möglich sein, falls nicht durch intercurrente Leiden, unter denen profuse und hartnäckige Diarrhoen besonders häufig zu sein scheinen, der Exitus herbeigeführt wird.

Hierher zu rechnen sind jene Fälle, die von einer Anzahl von Autoren als Uebergangsformen zur gewöhnlichen Ichthyosis angesehen werden. Die in vielen Punkten analogen Beobachtungen Seligmann's, Behrend's (43) und Caspary's (45) sind hier anzuführen. Nicht nur in der Beschaffenheit des äusseren Integumentes und der Gesichtsverbildung findet sich in diesen Fällen eine auffallende Aehnlichkeit, sondern auch im klinischen Verlaufe stimmen dieselben mit einander überein, insofern nach den anamnestischen Daten einerseits gleich nach der Geburt die anormale Beschaffenheit der Kinder constatirt wurde und andrerseits durchwegs eine längere, meist mehrjährige Lebensdauer derselben beobachtet werden konnte. Auch die von Münnich (46) mitgetheilten (zwei) Fälle, die zwei Geschwister im Alter von 4 bez. $^3/_4$ Jahren betreffen, sind den oben erwähnten identisch zu erachten. Wenn nun in diesen Fällen auf Grund der geringgradigen Entwicklung der bei der Geburt bereits vorhandenen Anomalien eine längere Lebensdauer ermöglicht wurde und somit der langsame Verlauf des Leidens namentlich in den Vordergrund tritt, so ist in einer Anzahl von weiteren in diese Kategorie gehörigen Beobachtungen die langsame Entwicklung desselben besonders interessant.

Lang (44) hat in dem Tagblatt der Strassburger Naturforscherversammlung über zwei Geschwister berichtet, von denen er anamnestisch eruiren konnte, dass bei dem älteren frühgeborenen Kinde die ersten krankhaften Erscheinungen in der dritten Woche sich zeigten, während bei dem zweiten ausgetragenen Kinde im zweiten Lebensmonat das Leiden seinen Anfang nahm. Das Endresultat der pathologischen Entwicklung

dieser Kinder, die im Alter von $2^1/_4$ bez. $1^1/_4$ Jahren starben, war das Bild einer Ichthyosis congenita entsprechend dem Grade der Caspary'schen und Munnich'schen Fälle. An die Lang'schen Fälle schliessen sich die von Róna (51) an, in deren erstem gleich einige Tage p. p. das Leiden sich zu entwickeln begann, während im zweiten Falle erst im 3. Monate die ersten Erscheinungen beobachtet wurden. Auch hier kam es schliesslich bei beiden Kindern zu dem Bilde der oben mehrfach geschilderten larvirten Ichthyosis. Die Róna'schen Fälle sind insbesondere dadurch werthvoll, dass der Autor das Fortschreiten und die Entwicklung des Processes persönlich beobachtete und nicht lediglich auf die nicht immer ganz zuverlässigen anamnestischen Daten zu recurriren brauchte.

Die Fälle der dritten Kategorie zeigen in ihrem Verlauf eine gewisse Verwandtschaft mit anderen Keratomformen, z. B. mit Keratosis palmaris et plantaris, die sich in den ersten Lebenswochen bemerkbar macht und nach einigen Monaten ihren höchsten Entwicklungsgrad erreicht. Sie erinnern in dieser Beziehung auch an gewisse keratoide Naevi, von welchen bei der Geburt gewöhnlich noch nichts zu sehen ist.

Es liegt nahe, bei so hochgradigen, äusserlich wahrnehmbaren Anomalien, wie sie der Ichthyosis congenita zukommen, nachzuforschen, ob die inneren Organe irgend welche pathologische Veränderungen aufweisen, die durch ihr constantes Vorhandensein für den Krankheitsprocess eine pathognomische Bedeutung gewinnen könnten. Die vorliegenden Sectionsbefunde sind leider nur spärlich, immerhin ergibt sich aus ihnen, dass die inneren Organe keine entsprechenden Veränderungen darbieten (Kyber, (33) Claus, Jahn, Souty, Carbone, (56) Koller, (63) Lang). Bei Firmin (75) finden wir erwähnt, dass Church in einem Falle congenitaler (?) Ichthyosis eine Aortenanomalie zu constatiren vermochte. Firmin selbst berichtet, dass häufig Congestionen der Visceralorgane beständen, analog denen, die man bei der Autopsie von in Folge ausgedehnter Verbrennungen verstorbener Individuen finde. Winfield (71) beobachtete in einem Falle Fehlen der Schilddrüse. Hervorgehoben sei, dass das Vorhandensein hereditär luetischer Veränderungen

nirgends sich angegeben findet, in einigen Fällen ausdrücklich negirt wird. (Kyber, Claus.)

Gerstenberg, (67) von der Ansicht ausgehend, dass es sich bei der Ichthyosis cong. um eine Trophoneurose handle, wandte seine Aufmerksamkeit speciell der Untersuchung des Nervensystems zu und fand neben leichter Hirnhyperämie und Bluterguss in die Ventrikel und den Duralsack des Rückenmarks, die er als Geburtscomplicationen auffasst, an dem Plexus brachialis besonders auffallend das Bild interstitieller Neuritis. Ueber die Bedeutung dieses Befundes spricht er sich nicht mit Bestimmtheit aus. Wassmuth (76) fand Atelektase der Lungen mit grossem Blutreichthum sämmtlicher Organe. Die gröberen Nervenstämme, sowie Gehirn- und Rückenmark liessen makroskopisch keine Veränderungen erkennen.

Die Frage nach der Aetiologie beschäftigt gleichfalls die meisten Autoren. In den Berichten, namentlich aus früherer Zeit, aber auch bis in die jüngste Zeit hinein, spielt das „Versehen der Schwangeren“ eine grosse Rolle. Viel Aufmerksamkeit hat man von je dem Gesundheitszustand der Eltern geschenkt, um festzustellen, ob irgend welche Bildungsfehler oder Krankheiten derselben zu der foetalen Deformität in Beziehung zu bringen seien. Insbesondere legte man naturgemäss auf den Befund von Hautkrankheiten Werth, zumal ja die Erblichkeit der vulgären Ichthyosis den meisten Autoren bekannt war. Hereditäre Lues wurde dabei nicht aus dem Auge gelassen, obwohl dieser Verdacht schon deshalb wenig gerechtfertigt ist, weil man bei Thieren dieselben Veränderungen beobachten kann. Syphilis der Eltern findet sich denn auch nur in zwei Fällen angegeben (Firmin, Tommasoli 47), in einem Fall litt die Mutter an Psoriasis (Firmin), die Eltern des von Wassmuth beschriebenen Kindes waren hochgradige Cretinen, sonst werden dieselben überall im allgemeinen als gesund geschildert.

Mehr Beachtung als die elterlichen Krankheiten scheint das verwandtschaftliche Verhältniss der Eltern congenital ichthyotischer Kinder zu verdienen, das in einer Reihe hieher gehöriger Beobachtungen zu constatiren war. Diese Thatsache gewinnt noch um so mehr Bedeutung, als in diesen Fällen den



Bildungsanomalien eine gewisse Gesetzmässigkeit zuzukommen scheint, insofern gerade in diesen Ehen eine Mehrzahl gleicher Missgeburten beobachtet wurde, während sonst es beinahe als Regel gelten kann, dass nur ein Kind einer Ehe selbst bei reicher Kinderzahl an Ichthyosis congenita leidet. So waren in dem Falle Houel die Eltern Cousin und Cousine (Schwesterkinder).[1])

Caspary constatirte, dass die Eltern der beiden von ihm beschriebenen Knaben ebenfalls Cousin und Cousine waren. In dem von Carbone mitgetheilten Falle standen die Eltern im verwandtschaftlichen Verhältniss von Onkel und Nichte zu einander, übrigens ist in diesem Falle noch bemerkenswerth, dass die Mutter der Mutter ein monströses Kind besessen haben soll, das sie geheim hielt. Sehr interessant ist die Feststellung von Hans Claus, dass die Frau, die mit ihrem Ehemanne fünf gesunde Kinder hatte, nach dessen Tode von ihrem Liebhaber 3mal schwanger wurde und jedesmal ein mit Ichthyosis congenita behaftetes Kind zur Welt brachte; dieser Liebhaber war, wie sich herausstellte, der Stiefbruder der Frau (beide Kinder desselben Vaters). Endlich standen die Eltern des ersten Falles von Firmin ebenfalls in blutverwandtschaftlichem Verhältniss (Geschwisterkinder).

Ergeben nun auch diese Verhältnisse kein positives Resultat in Bezug auf die Klärung der Aetiologie des Processes, geben sie vielleicht nur eine Directive für das ab, was bei späteren Fällen der Beachtung werth erscheint, so haben sie doch andrerseits in differentiell-diagnostischer Beziehung ihre Bedeutung. Von jeher, besonders aber seitdem die Beobachtungen larvirter und tardirter Ichthyosisfälle sich gemehrt haben, hat sich das Bestreben bei vielen Autoren gezeigt, die congenitale Ichthyosis mit der vulgären Form zu confundiren und beide als verschiedenartige Aeusserungen desselben, klinisch wie ätiologisch einheitlichen Leidens aufzufassen.

Wir glauben auf Grund des klinischen Bildes und Verlaufs daran festhalten zu sollen, dass beide Processe gesonderte

---

[1]) Das in Rede stehende Kind war das zweite; nach Aussage der Hebamme soll das erste Kind, das nach 10 Stunden verstarb, demselben in allen Stücken geglichen haben.

Krankheitstypen darstellen. Denn, während bei der vulgären Ichthyosis die Vererbung auf die Descendenz und zwar auf mehrere Glieder derselben Reihe (bisweilen nur auf die männlichen [Froriep, (4) Familie Lambert]) notorisch ist, gehörte in solches Verhalten, wie wir oben gesehen haben, bei der Ichthyosis cong. nicht zur Regel.

Während die mit Ichthyosis cong. behafteten Kinder, soweit sie überhaupt lebensfähig sind, nur unter im Sinne der Hemmung sehr abnormen Verhältnissen gedeihen, entwickeln sich selbst bei höchstgradiger Ichthyosis vulgaris die Individuen in ihrem Alter entsprechender, durchaus normaler Weise fort (Tilesius, Stachelschweinmenschen 77).

Während das Allgemeinbefinden bei letzteren in keinem Abhängigkeitsverhältniss zur In- und Extensität ihres Hautleidens steht, geht bei ersteren eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit dem Fortschreiten der Bildungsanomalien Hand in Hand. Wenn auch die Erscheinungen der Ichthyosis cong. und vulg. im wesentlichen durch eine abnorme Verdickung der Hornzellenschichte verursacht sind, so ist der äussere Aspect doch sehr verschieden; auch bei den höchstgradigen Formen der Ichthyosis vulg. fehlt die Bildung von ausgedehnten Hornplatten und fehlen vor allem die tiefen Einrisse und Furchen zwischen den Platten. Die Abgrenzung der Scutula bei gewissen Ichthyosis-Fällen ist damit durchaus nicht in Parallele zu stellen, denn die Grenzen der Scutula entsprechen den Epitheleinsenkungen der normal präformirten Hautfelder und der Papillarschichte. Die Furchen dagegen der Ichthyosis cong. sind in weiten Abständen sich bildende Risse, welche in der unnachgiebigen, spröden äusseren Decke durch den Wachsthumsdruck der einzelnen Skelettabschnitte auf mechanischem Wege quer zur Zugrichtung entstehen.

Während die Veränderungen im Gesicht bei der Ichthyosis cong. ein hervorstechendes Symptom bilden, nimmt das Gesicht der an vulgärer Ichthyosis Leidenden sehr häufig am wenigsten am Krankheitsprocesse theil. Bei ersterer Form ist die ganze Haut gleichmässig afficirt oder aber in den milderen Fällen regellos bald hier bald da stärker oder schwächer erkrankt, dagegen pflegt sich die gewöhnliche Ichthyosis an gewissen

Prädilectionsstellen besonders stark zu entwickeln und andererseits bestimmte Regionen, wie z. B. die Beugen der Gelenke frei zu lassen. Während die Ichthyosis cong. in der Mehrzahl der Fälle alsbald nach der Geburt beobachtet wird, jedenfalls in den ersten Lebensmonaten aber zur Entwicklung kommt, treten in der Regel vor dem zweiten Lebensjahre die Symptome der gewöhnlichen Ichthyosis nicht auf.

Von anderen Leiden, die als Ichthyosis cong. oder unter ihr synonymen Bezeichnungen beschrieben wurden, ist besonders die universelle Seborrhoe der Neugeborenen hervorzuheben, die Ichthyosis sebacea oder Seborrhoea squamosa neonatorum. Bei derselben kann die Haut eine ähnliche Oberflächenbeschaffenheit wie bei der Ichthyosis cong. annehmen, hervorgerufen durch Jncrustirung der durch pathologisch gesteigerte Production gebildeten Massen von Vernix caseosa des Neugeborenen. Es kann dabei auch zu lebhafter Spannung der Haut und zu schmerzhaften Einrissen kommen. Der Zustand ist aber ein heilbarer, nach Abweichung und mechanischer Entfernung der Auflagerungen kommt die normale Haut zum Vorschein, ohne dass die Krusten sich wieder bildeten. Es fehlen bei dieser Form die tief in die Cutis gehenden, zu verschiedenen Zeiten des Foetallebens entstandenen Einrisse und es fehlen vor allem die durch die Unnachgiebigkeit der äusseren Haut entstandenen Entwicklungshemmungen an Lidern, Nase, Lippen und Ohren. In den Fällen von Ichthyosis sebacea werden die Sprünge der Epidermis erst post partum acquirirt. Ferd. v. Hebra hat irrthümlicher Weise die Ichthyosis cong. von dieser Form nicht getrennt, sondern in Uebereinstimmung mit Behrend, der diesen Zustand als Cutis testacea bezeichnet, denselben als Product universeller Seborrhoe aufgefasst. Was aber die bekannte Abbildung in seinem Atlas anbelangt, so stellt dieselbe höchstwahrscheinlich nicht eine Ichthyosis sebacea dar, sondern einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter.

Einige andere Desquamativ-Processe spielen sich gelegentlich noch an der Haut des Neugeborenen ab, die zur Verwechslung mit Ichthyosis cong. Anlass geben könnten; es würde uns jedoch hier zu weit führen, auf alle diese doch in



ihrem weiteren Verlaufe leicht zu unterscheidenden, einigermassen ähnlichen Affectionen einzugehen.

Wir kommen somit zu dem Schluss, dass die Ichthyosis cong. eine selbständige Entwicklungsanomalie der Haut mit consecutiven Veränderungen gewisser Gesichtstheile darstellt, eine Anomalie, die insbesondere mit den Formen vulgärer Ichthyosis nicht confundirt werden darf. Der Krankheitsprocess erweist sich vom klinischen Standpunkte als eine abnorm starke Bildung und Anhäufung der äusseren Hornschichte, die durch ihren festen Zusammenhang für die Cutis und die unterliegenden Organe ein Wachsthumshemmnis bildet, welches theilweise durch Sprengung des Hornpanzers überwunden wird, theilweise aber zur dauernden Entwicklungshemmung der Lider, Lippen, Nase und Ohren führt. Sowohl der Umstand, dass die meisten Foeten mit höhergradiger Ichthyosis cong. frühgeboren werden und unter den normalen Körpermassen eines ausgetragenen Kindes stehen, als auch das ganze Bild des zersprengten Hornpanzers mit der Deformation des Gesichtes weisen darauf hin, dass der Process schon früh in utero beginnt. Auch für unsere zweite Gruppe müssen wir intrauterine Entwicklung voraussetzen, während die mildesten, zur dritten Gruppe gehörigen Krankheitsformen dieser Art sich erst post partum in den ersten Lebensmonaten bis zu einer bestimmten Intensität ausbilden, in welcher sie dann persistiren.

Was die Bezeichnung des in Rede stehenden Leidens betrifft, so glaubten wir von der Wahl eines neuen Namens absehen zu sollen, da wir einmal in einer Bereicherung der an sich schon so mannigfaltigen Nomenclatur keinen Gewinn erblicken und andrerseits der Name „Ichthyosis congenita“ so häufig in der Literatur sich findet und sich so eingebürgert hat, dass derselbe zu Missverständnissen kaum Anlass geben wird.

Die feineren Structurverhältnisse der Haut sind in einer reichlichen Anzahl der vorliegenden Fälle Gegenstand mikroskopischer Untersuchungen gewesen, und wenn auch viele Differenzen im Einzelnen bei den verschiedenen Autoren sich

finden, so ist man doch andrerseits in den Hauptpunkten zu einer einheitlichen Auffassung des vorliegenden anatomisch-pathologischen Processes im allgemeinen gelangt.

Was zunächst die Entwicklung der verschiedenen Hauptbestandtheile der Haut anbelangt, so herrscht darüber fast völlige Einigkeit, dass sowohl das Unterhautzellgewebe, das Corium sowie die Epidermis stets vorhanden, und dass die hochgradigsten Veränderungen, die den pathologischen Zustand veranlassen, in der Epidermis zu suchen sind.

Die vollkommen normale Beschaffenheit der beiden bindegewebigen Bestandtheile der Haut betonen Schabel (6), Chambard (28), v. Schab (52) und Wassmuth. Bezüglich des Unterhautzellgewebes constatirten eine geringere Entwicklung desselben als es der Norm entspricht, Firmin, Claus, Koller und Kyber, während Gerstenberg (67) es etwas derber als gewöhnlich befand. Das Corium wird von vielen Autoren als unverändert beschrieben, hingegen wurde eine allgemeine Verdickung desselben von Stühlinger, Claus und Jahn wahrgenommen; was die Cutispapillen betrifft, so fanden die meisten Untersucher eine mehr weniger ausgesprochene Hypertrophie derselben (Müller- Kölliker, Schabel, Lebert, Jahn, Kyber, Straube (41), Bruck, Koller, Claus); Chambard (50) dagegen hebt besonders hervor, dass die Papillen sich nicht hypertrophisch erwiesen.

Von Interesse ist das Verhalten der in der Cutis sich befindenden Blutgefässe, die in sehr vielen Fällen eine Erweiterung erkennen liessen entweder nur der venösen oder aber aller Stämme; derartige Beobachtungen machten Claus, Koller, Bruck, Straube, Jahn und Lassar (48), welcher letztere geradezu von „strotzenden Cutisgefässen" spricht.

Die Structur des Cutisgewebes selbst wird im allgemeinen als der Norm entsprechend geschildert, immerhin sind einige Befunde bemerkenswerth, bei denen reichliche Zellanhäufung von lymphoiden oder Rundzellen combinirt mit Hyperämie, den Gedanken an entzündliche Vorgänge wachriefen. (Claus, Kyber, Jahn.)

Wo die elastischen Fasern Gegenstand der Untersuchung waren, erwiesen sie sich meist unverändert.

Ein erhöhtes Interesse beanspruchen die in der Cutis vorhandenen epithelialen Gebilde, die Drüsen, ihre Ausführungsgänge und die Haare.

Das Verhalten derselben erscheint in den beschriebenen Fällen inconstant.

Während eine Reihe von Autoren (Chambard, Carbone, Wassmuth) die Schweissdrüsen völlig normal gebildet fanden, zeigten dieselben in anderen Fällen alle Uebergänge von regelrechter Ausbildung bis zur totalen Atrophie. Eine Hyperplasie derselben wurde von Lebert, Kyber, Stühlinger und Claus festgestellt. In dem von Straube untersuchten Falle fehlten sie gänzlich (!), auch Koller negirt im allgemeinen ihr Vorhandensein, doch sah er schön entwickelte Schweissdrüsengänge an der Vola manus und Planta pedis. Speciell der Verlauf und das Verhalten der Schweissdrüsenausführungsgänge, ihre Ausmündung an der Hautoberfläche, die zu makroskopisch sichtbaren Veränderungen führen könnten, sind sehr genau studirt worden: man fand feine Canäle mit spiraligem, geschlängeltem Verlaufe (Müller, Schabel) in schräger Richtung von unten nach oben verlaufend (Kyber); ein etwas abweichendes Verhalten davon zeigten die Gänge besonders häufig an Händen und Füssen; hier war namentlich ein beinahe gestreckter, fast horizontaler und der Oberfläche paralleler Verlauf derselben auffallend; es erklärt sich aus diesem Verhalten die bisweilen beobachtete feine Streifung der Epidermis an diesen Theilen (Müller-Kölliker).

Noch mehr wie die Schweissdrüsen lenkten die Talgdrüsen, ihre Ausführungsgänge und die Haare die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich, zumal mit blossem Auge bereits festgestellt werden konnte, dass an der sehr häufig vorhandenen parallelfaserigen Beschaffenheit der Platten und Schilder, sowie der Furchen und besonders der Uebergangsstellen zwischen beiden vorzugsweise diese Gebilde betheiligt waren.

Nur in zwei Fällen (Straube und Caspary) findet sich ein Fehlen der Talgdrüsen überhaupt verzeichnet, während andrerseits Chambard und Wassmuth eine Vermehrung derselben angeben. In der Mehrzahl der Beobachtungen weisen sowohl die Drüsenkörper wie ihre Ausführungsgänge



nennenswerthe Veränderungen auf. Von der einen Seite wird eine weit- und tiefgehende Verhornung derselben hervorgehoben (Lebert, Wassmuth), andrerseits hat eine Verlegung der Drüsenausführungsgänge durch hornige Massen stattgefunden (Bruck); rudimentäre Bildungen oder selbst totale Atrophie der Drüsen beobachteten Müller-Kölliker, Schabel, Jahn, Kyber, Stühlinger, Gerstenberg und Claus; es muss allerdings dabei bemerkt werden, dass in einigen dieser Fälle neben den völlig degenerirten, auch der Norm sich nähernde, wohl erhaltene Drüsen vorhanden waren. Unregelmässigkeiten im Verlaufe der Ausführungsgänge in Gestalt spindelförmiger oder cylindrischer Erweiterungen oder Verdickungen finden sich des öfteren erwähnt.

Bezüglich der Haare und ihrer Follikel liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei den Talgdrüsen. Eine Verkümmerung oder Atrophie derselben ist in sehr vielen Fällen vorhanden (Lebert, Jahn, Kyber, Koller, Gerstenberg, Wassmuth) und mehrfach findet sich eine Fortsetzung des Verhornungsprocesses auf die Wurzelscheiden angegeben, bald sind dieselben total verhornt, bald nur bis zu einer gewissen, über die Norm hinausgehenden Tiefe (Claus, Kyber). Stark verlängerte Haarbälge mit dilatirtem Lumen und reichlichem Fettinhalt fanden sich in dem Falle von Claus, stark verdickte Haartaschen constatirte v. Schab, auch Harpeck (18) konnte bei der Untersuchung der ichthyotischen Kalbshaut Wucherung und Verhornung der Epidermis der Haarsäcke feststellen.

Durch die abnorme Dicke der Epidermis werden die Haare, besonders die Lanugohaare in ihrer Entfaltung häufig gehemmt und bleiben gewunden in den Haarsäcken liegen, andernfalls überragen sie ein wenig die Hautoberfläche.

Der Hauptsitz der histologischen Veränderungen ist die Epidermis, deren hervorragendstes Symptom eine enorme Hyperplasie des Stratum corneum bildet.

Dieser für das Wesen des Processes so charakteristische Befund hat eine Anzahl von Autoren veranlasst, denselben für die Bezeichnung des ganzen Leidens zu Grunde zu legen, zumal die übliche Nomenclatur zu Missverständnissen und



Verwechslungen Anlass bieten könnte. So wählte Lebert den Ausdruck: „Keratosis diffusa epidermica intrauterina," Kyber schlug den Namen „universelles diffuses Keratom" vor, indem er sich auf die Analogie des bei der Lipomatose üblichen Ausdrucks des diffusen Lipoms berief; endlich wurde von Eppinger jüngst die Bezeichnung des Leidens als Hyperkeratosis diffusa congenita empfohlen.

Was nun das Verhalten der Epidermis im einzelnen angeht, so sind die verschiedenen Lagen derselben mehr weniger erhalten; Wassmuth unterscheidet in seiner 1899 erschienenen Publication sogar einen fünfschichtigen Bau derselben: die unterste Schicht, das Stratum mucosum fand er mässig verdickt; die zweite Lage wurde von polygonalen zweireihigen Zellen gebildet; in der dritten tritt ein perinucleärer Raum (Vacuole) in den sonst ebenfalls polygonalen Zellen auf, deren Tinctionsfähigkeit bedeutend nachgelassen hat; die vierte Schicht, die Grenzschicht zwischen Strat. corneum und mucosum zeigt bereits Erscheinungen des Zerfalls der Kerne und Vacuolenbildung von bedeutender Grösse. Die fünfte Schicht endlich entspricht der Topographie nach dem Strat. corneum, weist indessen von dieser differente Structurverhältnisse auf. Ein bedeutendes Conglomerat aufgeschichteter Lamellen von wellenförmigem, im allgemeinen der Hautoberfläche parallelem Verlauf baut die Hornschicht auf, um die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen und Haarfollikel kommt es zu concentrischer Schichtung der Lamellen.

Diese Systeme von concentrischen Ringen, die meist kleinere oder grössere rundliche Lücken umschliessen, bilden ein fast constantes Vorkommniss und entsprechen nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Autoren den eben erwähnten epithelialen Anhangsgebilden der Haut, auch die Schweissdrüsenausführungsgänge sind von solchen concentrischen Systemen umgeben; bisweilen lässt sich eine geregelte Anordnung derselben constatiren, häufig finden sich mehrere Ausführungsgänge in einem Kreissysteme zusammen.

Ferner sind in einer Anzahl von Fällen unregelmässige, mehr minder spaltförmige Lücken in der Hornschicht beobachtet worden, die indess als Kunstproducte, durch Alkoholschrum-

pfung hervorgerufen, sich herausstellten (v. Schab, Harpeck, Bruck).

Einen merkwürdigen Befund bilden fernerhin Einschlüsse, die nur von einigen wenigen Autoren einer genaueren Untersuchung unterworfen wurden. Kyber glaubt dieselben so entstanden — er gibt auch eine Abbildung davon — dass zwischen zwei Hornhautfortsätzen eine stark zusammengepresste blasse Masse, die aus Fettkörnchen und Detritus besteht, sich vorfindet; die Fortsätze hängen oben und unten durch Hornhautbrücken zusammen. Kyber glaubt, dass die beiden Fortsätze durch Zusammenwachsen der Oberflächen zweier kleiner Falten sich gebildet hätten, dann hätte sich später die beiderseits zunächst befindliche Haut über jenen Falten wieder aneinandergelegt. „Während weiterhin die sich berührenden, zu einer eigentlichen Verwachsung unfähigen Flächen in den höheren Theilen der Falte allmälig vereinigten, indem die dazwischen eingeschlossene leblose Masse (etwa vernix caseosa) ausgeschwemmt wurde und die Hornhauttheile von beiden Seiten immer mehr zusammenrückten, bis sie sich vollkommen an einander schlossen, blieb in der Tiefe der Falte ein Theil der leblosen Masse uneliminirt zurück."

Auch Jahn hat bei der Untersuchung seines mit unserem Foetus A identischen Objectes „spindelförmige, mit Sebum angefüllte Gebilde" gesehen, über deren Natur er sich keinen Aufschluss verschaffen konnte. Er fand „diese Anschwellungen nicht bloss innerhalb der Cutis, sondern ebenso häufig in der Epidermis" und nicht selten in den obersten Schichten derselben. Er polemisirt gegen die Anschauung von Müller-Kölliker, die ebenfalls häufig blasige und spindelförmige Anschwellungen im Verlaufe von Röhren, seitlich ansitzend und mit Sebum erfüllt, fanden und dieselben mit den Talgdrüsen in Zusammenhang bringen; letztere möchten die Anschwellungen der Röhren in der Epidermis so erklären, dass einzelne blasig gewordene Drüsen eines Paketes sich nach und nach herauszögen (aus der Cutis.)

Mit den Talgdrüsen sucht noch eine weitere Anzahl von Autoren (v. Schab, Stühlinger, Schabel u. A.) die fraglichen Gebilde in Beziehung zu bringen.



Die Hornschicht selbst stellt nach Angaben der Autoren entweder eine homogene, nicht differenzirte Masse dar (Schabel, Harpeck, v. Schab) oder aber sie trägt deutliche Zeichen ihrer elementaren Zusammensetzung an sich. Wassmuth fand eine sehr ungleiche Bildung der Hornschichte in Form von Streifen und Schollen einerseits und von keratohyalinen Körnchen und Keratin granula führenden Schichten andrerseits. Von Claus wurde zwar eine homogene Beschaffenheit der Hornschicht im grossen ganzen constatirt, doch fanden sich in ihr Kerne und Zellreste, die auf die Genese der Schicht hindeuteten. Bei den Untersuchungen von Kyber, Stühlinger und Koller stellte es sich heraus, dass ein zelliger Bau nur in den untersten Schichten des stark verdickten Stratum corneum vorhanden war. Bruck konnte mit Sicherheit eine auf geformte histologische Elemente zurückzuführende Structur des Stratum corneum nicht erkennen. Jahn isolirte aus dem faserigen Horngewebe durch Behandlung mit Kali- oder Natronlauge platte Epidermiszellen.

Wassmuth kommt auf Grund electiver Färbemethoden und Verdauungs-Experimente zu der Ansicht, dass es sich bei der Plattenbildung überhaupt nicht um eine ausgebildete Hornsubstanz, sondern um Vorstadien der Verhornung handle.

Jahn führt das Resultat chemischer Untersuchungen von Bärensprung und Marchand an, die einen ungewöhnlichen Reichthum an Aschebestandtheilen, darunter Eisen- und Kieselsäure fanden. Schlossberger wies bei seiner Analyse ausserdem Harnbenzoësäure nach.

Bezüglich des histologischen Baues der die Platten trennenden Furchen ist zwischen solchen zu unterscheiden, die der epithelialen Kleidung entbehren — das sind meist extrauterin entstandene Risse — und andern, welche eine, wenn auch nur dünne Epidermis besitzen. An letzteren lässt sich eine lamellöse Schichtung des Stratum corneum feststellen, Haarbälge und Drüsen fehlen, sind vielleicht gelegentlich in Rudimenten vorhanden. Die Papillen sind durch den Zug der Haut niedrig und langgestreckt, nach den Rändern zu schief gerichtet.

Entsprechend dem differenten makroskopischen Verhalten der Haut der Hände und Füsse gegenüber der der andern



Körperregionen finden sich auch histologisch merkbare Unterschiede vor. Fast ausnahmslos wird hier eine hochgradige Hypertrophie der Cutispapillen gefunden (Müller-Kölliker, Jahn, Schabel, Claus). Die Epidermis, die eine feine Streifung noch erkennen lässt, zeigt eine in Bogenform oder Wellenform verlaufende lamellöse Schichtung. Ein ganz besonderes charakteristisches Verhalten der Schweissdrüsenausführungsgänge an diesen Stellen beschrieben Müller-Kölliker zuerst, und viele Autoren nach ihnen bestätigten den Befund. Die erstgenannten Untersucher schildern den Verlauf derselben folgendermassen: „nachdem sie eine Strecke (weit) in den gewöhnlichen spiraligen Windungen aufgestiegen sind, nehmen sie einen ganz gestreckten Verlauf an und beugen sich alle so stark nach einer Seite, dass sie fast horizontal in der Epidermis liegen. So nähern sie sich langsam der Oberfläche, an die sie dann wieder gekrümmt vortreten. Es kommen so 10—15 und mehr gerade, horizontal verlaufende Canäle über einander zu liegen, wodurch die feine Streifung der Epidermis entsteht." Auch der Inhalt der Schweisscanäle erweist sich in Folge seiner fettigen Beschaffenheit in manchen Fällen abnorm (Müller, Jahn).

Auf Grund der histologischen Befunde haben die meisten Autoren versucht, sich das Zustandekommen der Hautveränderungen zu erklären; eine von vielen Forschern acceptirte Ansicht nun ist die, dass die lederartige Epidermishülle in Folge mangelnder Elasticität beim Wachsthum dem Foetus zu eng wurde und an einzelnen Stellen barst; es entstand somit eine Anzahl von Rissen, die unter den günstigen Bedingungen, in denen sich die von Amniosflüssigkeit bespülte Haut befand, allmälig wieder überhäuteten; durch den dauernden Zug bildeten sich auf diese Weise die abgeflachten Ränder heraus und an Händen und Füssen der eigenthümliche Verlauf der Schweisscanäle (Müller- Kölliker, Lebert, Jahn, Kyber, Straube, Bruck, v. Schab).

Die von Schabel und Stühlinger gehegte Ansicht, dass in Folge unvollkommener Verfettung der Talgdrüsen-Epithelien ein normales Zustandekommen der Vernix caseosa gehindert sei und dass durch die Anhäufung dieser Massen die

Platten- und Schilderbildung zu Stande komme, stimmt mit keinem Untersuchungsresultate der übrigen Forscher überein.

Schliesslich muss noch die Ansicht Wassmuth's erwähnt werden, der das Zustandekommen des Processes durch eine mangelhafte oder fehlende Abstossung der oberflächlichsten Lagen des Stratum corneum, die ihrerseits in dem nicht zur völligen Ausbildung der Verhornung gelangten Zustande der Epidermis ihren Grund findet, erklären möchte.

Bezüglich der Zeit, in welcher die Anomalie intrauterin zur Entwicklung kommt, ist Kyber der Ansicht, dass bereits im 4. Monat der krankhafte Process im Gange sei, da die Anordnung der Haare an den Rissstellen, die Ausdehnung der Kopfrisse und der Verlauf der Schweissdrüsen an Palma und Planta für diesen Termin sprächen.

Zur mikroskopischen Untersuchung haben wir unseren beiden Foeten Hautstücke verschiedener Regionen entnommen und zwar von der behaarten Kopfhaut, den Lippen, der Ohrgegend, der Bauch- und Rückenhaut, dem Oberschenkel, der Planta und endlich einen kleinen Finger in toto. Die Präparate, die schon über dreissig Jahre in alkoholischer Conservirungsflüssigkeit gelegen hatten, wurden mit steigendem Alkohol nachgehärtet und theils mit Celloïdin, theils mit Paraffin-Einbettung geschnitten. Ausser den gewöhnlichen Kernfärbemitteln wurden zahlreiche Färbemethoden zur Darstellung der einzelnen Structurelemente resp. pathologischen Erscheinungen der Cutis und Epidermis in Anwendung gebracht. Trotz des hohen Alters der Präparate gelangen die meisten Färbungen in befriedigender Weise.

Uebereinstimmend mit der Mehrzahl der früheren Untersucher konnten auch wir constatiren, dass die wesentlichsten Veränderungen die epithelialen Theile der Haut betreffen, die der bindegewebigen mehr minder nebensächlicher Natur sind.

Das subcutane Fettgewebe erscheint fast überall wohl entwickelt, wenn auch nicht sehr massig. Die dasselbe durchstreichenden Gefäss- und Nervenbündel zeigen keine pathologischen Erscheinungen.

Das Corium entspricht seiner Structur nach überall dem

normalen Bau der betreffenden Hautregionen. Auffällig erscheint uns bei beiden Foeten, dass die Lederhaut sich in einem fast völlig ausgereiften Entwicklungszustande befindet, sehr zellarm ist und nicht einmal in der Papillarschichte embryonale Zellen aufweist, trotzdem die beiden Foeten im unreifen Zustande geboren worden sind. Die Bindegewebszüge und das sie umspinnende elastische Gewebe entsprechen vollkommen normalen Verhältnissen. Ebenso ist das Bindegewebe der Papillen schon völlig entwickelt; nur die Form der ganzen Papillarschichte erleidet je nach der Ausbildung der epithelialen Veränderungen verschiedenartige Modificationen, auf deren Besprechung wir weiter unten näher eingehen werden.

Die Gefässe der Cutis zeigen überall normale Anordnung, wie man namentlich an Hautstückchen, an denen die Injection gut gelungen ist, leicht constatiren kann. Ihre Wandungen und ihre Grössenverhältnisse entsprechen ebenfalls der Norm.

Die epithelialen Einlagerungen der Cutis verhalten sich in verschiedener Weise: am wenigsten verändert findet man die Schweissdrüsen, deren Knäuel in allen untersuchten Hautregionen vollkommen normal gestaltet gefunden wurden, ebenso weist der Drüsengang bis zu seinem Eintritt in die Epidermis meist keine Veränderung auf. Die Zahl der Schweissdrüsen ist die physiologische, und die Bemerkung einzelner Autoren, sie hätten die Zahl derselben an Hand- und Fussflächen bedeutend vermehrt gefunden, entspringt offenbar der Unkenntniss der normalen Verhältnisse an nahezu reifen Früchten. Bekanntlich stehen ja an der Planta der Neugebornen normaler Weise die Schweissdrüsenknäuel so nahe an einander gereiht, dass sie eine fortlaufende horizontale Schichte formiren; dasselbe Bild finden wir auch bei unseren Foeten.

Am stärksten durch den Krankheitsprocess sind die Haarbälge alterirt; auch hier sind je nach den untersuchten Körperregionen graduelle Unterschiede zu constatiren. Die Haarpapille ist fast immer normal entwickelt und ebenso das untere Drittel des Haarbalgs sammt seinem Inhalt. Die Schichten der Haarmatrix und der Matrix seiner Hüllen sind meist ebenso deutlich zu erkennen wie an normaler Haut. Nur an Stellen besonders starker Hornauflagerungen machen manche Haare

in ihrem unteren Theile den Eindruck leicht atrophischer Erscheinungen. Der Hauptsitz der Veränderung, welche in massenhafter Bildung concentrisch geschichteter, z. T. lose, z. T. fest aneinanderliegender Hornlamellen besteht, ist der Haartrichter und meist reichen diese pathologischen Bildungen nur bis zur Einmündung der Talgdrüsen herab. Das übrigens normal gebildete Härchen durchsetzt auch diese concentrischen Horncylinder meist ohne Hinderniss in gestrecktem Verlaufe, die Hornhüllen liegen ihm nirgends knapp an.

Häufig sieht man die abbröckelnde innere Wurzelscheide an normaler Stelle enden, an manchen Haaren setzt sich die abnorm starke Verhornung der äusseren Wurzelscheide aufliegend auch ins mittlere Haarbalgdrittel fort. Namentlich findet sich dies an kleinen (Lanugo-) Haaren, während bei den starken Haaren der Kopfhaut die pathologische Verhornung nur bis an die obere Grenze des mittleren Haarbalgdrittels reicht. Zahlreiche dem Haarwechsel angehörige Bilder, wie man sie in der Haut gleichaltriger Foeten immer findet, und gelegentlich vorkommende Sprossenbildungen an der unteren Haarbalghälfte compliciren das histologische Bild, haben aber mit dem Wesen des Processes nichts zu thun.

Von Wichtigkeit erscheint es uns, dass an allen Stellen die mit Hornmassen erfüllten Haartrichter in ihrer Längsache ganz bedeutend vergrössert sind, und auch in ihrem Querdurchmesser auffällig zugenommen haben.[1]) So kommt es, dass an senkrechten Schnitten der Kopfhaut die Haarbälge in ihrem unteren Antheil in gewöhnlicher Entfernung von einander liegen, die Haartrichter sich aber so sehr einander nähern, dass nur schmale, papillenähnliche Cutisreste zwischen ihnen übrig bleiben. Letztere erscheinen dann durch die Zunahme des Längsdurchmessers der Haartrichter auch bedeutend in die Länge gezogen, nicht gleichmässig dick, manchmal streckenweise eingeschnürt.

Die Talgdrüsen sind theils wohl ausgebildet, theils cystisch

[1]) Der Querdurchmesser der Haartrichter beträgt zwischen 0,152 und 0,2280 Mm. Die Länge der ganzen Haare schwankt zwischen 1,7024 bis 2,2800 Mm. und das Maass der Haartrichter von der Einmündungsstelle der Talgdrüse an gemessen ergibt im Durchschnitt 1,0640 Mm.

erweitert oder atrophisch, manchmal sieht man vom Haartrichter aus Hornmassen in ihr Lumen eingeschoben.

Ihr Secret scheint spärlich und zum grössten Theile retenirt zu sein, denn man findet nur selten Spuren desselben zwischen den Hornlamellen im Haartrichter vor.

Die Epidermis weist im allgemeinen die normale Schichtenfolge auf. Die Entwicklung, Grössenverhältnisse und Beschaffenheit der einzelnen Zellen und ihre Lagerung zu einander entsprechen im Rete Malpighi ungefähr den normalen Verhältnissen.

Es lässt sich keinerlei abnorme starke Wucherung, aber auch keine Verminderung dieses Stratum constatiren. Die Basalschichte hat normale Form und Lagerung, enthält stellenweise ziemlich viel Pigment; die protoplasmatischen Verbindungsbrücken der Stachelzellen sind deutlich ausgebildet, das Zellprotoplasma des Rete zeigt keinerlei abnorme Verhältnisse.

Ebenso erscheint das Stratum granulosum überall in normaler Stärke, die Keratohyalinbildung zeigt nur entsprechend den verschiedenen Hautpartien die als physiologisch zu bezeichnenden Intensitätsschwankungen. An manchen Hautstücken lässt sich über dem Stratum granulosum eine 1—2schichtige, dem Stratum lucidum entsprechende Hornzellenlage nachweisen, welche durch den Mangel an Keratohyalin einerseits und durch die blasenförmige Beschaffenheit ihrer Zellen andrerseits sich von den Körner- und den folgenden massenhaften Hornzellenschichten an den meisten gefärbten Präparaten deutlich unterscheidet. Diese Schichte ist aber nicht constant anzutreffen.

Den wesentlichsten Bestandtheil der Anomalie der Haut bilden die in massigen festzusammenhängenden Lagen übereinander gethürmten Hornschichten. Ihre Höhe misst an bestimmten Regionen des Fötus bis 5 Mm. und darüber;[2]) ihr auffallender Bau hat das Interesse der meisten Untersucher hauptsächlich auf sich gezogen, er entspricht nicht einer einfach schwieligen Verdickung mit horizontal übereinander ge-

[1]) Die Messung mit dem Ocularmikrometer wurde vorgenommen bei (Leitz) Tubuslänge 16. Objectiv III.

[2]) Die mikroskop. Messung der Höhe einer Hornplatte von der Bauchhaut ergab 1,11856—1,3768 Mm. als Zahlenwerthe.

thürmten Schichten, sondern zeigt sich an allen haartragenden Körpertheilen vielfach durch Lückensysteme durchbrochen. Die grösseren Lücken entsprechen alle langen, die Hornmasse durchsetzenden Canälen, deren Lumen am Querschnitt kreisrund, oblong oder unregelmässig von den Seiten her eingedrückt sehr verschiedenartige Formen annimmt (Fig. 4 [I]). Das Lumen enthält dann meist ein oder mehrere Querschnitte von Haaren; die innersten Lamellen hängen nur lose zusammen und zeigen vielfache Ausbuchtungen und Faltenbildungen, die äusseren mehr glattstreichenden Schichten erscheinen eng aneinander gekittet; an längsgetroffenen derartigen Canälen zeigen die inneren Hornlamellen manchmal auch in der Längsrichtung des Canals starke Faltenbildung und erinnern so an den Blasebalg einer Ziehharmonika, während die äusseren festen Hornlamellen geradlinigen Durchschnitt aufweisen. Die Haare liegen frei in diesen Canälen und zeigen geradlinigen oder welligen Verlauf.

Wo diese Canäle, wie an der behaarten Kopfhaut, dicht beisammen liegen, wird der Raum zwischen ihnen durch unregelmässig vertheilte, mehr minder feste Hornlamellen eingenommen, die in bogigen Linien oft scharfwinklig abgeknickt unter einander aber überall zusammenhängend die Horncylinder der Haare verbinden.

An Stellen mit weniger Haarreichthum sieht man die Quer- und Längsschnitte der beschriebenen Horncylinder weiter von einander getrennt und zwischen ihnen, sie umgreifend und verbindend liegen mächtige Hornzellenschichten, welche in diesen Fällen in der Regel leicht wellige, der Papillaroberfläche parallele Schichtung zeigen.

Häufig liegen zwei, drei oder vier derartige Horncanäle in ein Bündel zusammengefasst unmittelbar aneinander; die diese Bündel umschliessende Hornumhüllung läuft aber nicht in geschlossenen circulären Lagen um diese, sondern setzt sich immer aus zwei oder mehreren ausgebauchten Antheilen der Oberflächenhornplatten zusammen, welche die Haarcanäle von einander scheiden resp. einschliessen (Fig. 4 [II]).

Die Richtung der Canäle bez. der Horncylinder und Haare ist niemals eine auf die Oberfläche senkrechte, sondern immer stark schräge, manchmal fast horizontale. An den einzelnen



Körperregionen lässt sich stets constatiren, dass die Hauptrichtung aller Canäle die gleiche ist: sie laufen parallel zu einander.

Dieses sonderbare Lückensystem, das für den ersten Anblick, namentlich wenn die Schnittführung nicht parallel zur Haarachse oder senkrecht auf diese geschehen ist, einen verwirrenden Eindruck hervorbringt und völlig unregelmässig zu sein scheint, zeigt sich bei genauerer Untersuchung ganz gesetzmässig: es findet seine Erklärung in physiologischen Vorgängen der Haarbildung.

Bekanntlich durchbrechen die embryonalen Haare normalerweise auch die schwache Hornschichte des jungen Fötus nie in senkrechter Richtung, vielmehr schiebt sich die dünne Haarspitze, bevor sie die Hornschicht durchbricht, immer eine Strecke weit parallel mit und unter ihr laufend fort, und durchbohrt sie erst an einer entfernten Stelle. Erst in späterer Zeit, wenn die Hornschichte exfoliirt wird, richtet sich das Härchen auf. In unserem Falle kommt es offenbar nicht überall zur Abschiebung der embryonalen Hornschichte, es bleiben diese Schichten einerseits übereinandergethürmt und halten auf diese Weise das Härchen in seiner ursprünglichen Lage fest, andrerseits wird durch die pathologische Zunahme der Hornproduction namentlich in den Haartrichtern die das Haar umgebende Hornschichte zu förmlichen Hülsen ausgestaltet, welche durch die von der Oberfläche producirten Hornlagen eingeschlossen und umklammert werden.

Alle diese Hornzellenlagen, die eine sehr feste Verbindung aufweisen, zeigen nur wenige feine spaltförmige Lücken zwischen sich, die offenbar auf den Einfluss der Conservirungs- und Präparationsmethoden zurückzuführen sind.

Die an manchen Stellen sichtbare Ablösung der ganzen Epidermis von der Papillenoberfläche oder Absprengung der hornigen Auflagerungen vom Rete sind ebenfalls Kunstproducte.

Die Hornzellenlagen erscheinen an Schnitten nicht überall gleich dicht, im ungefärbten Zustande sind sie blassgelblich. Nicht immer färbt sich die ganze Schicht in völlig gleicher Weise; bei den zahlreichen Färbungsversuchen, die wir mit den verschiedensten bekannten Methoden vorgenommen haben,



tritt öfters eine Differenz in der Färbungs-Intensität zwischen den basalen Hornschichten und den höheren Lagen zu Tage, bei Anwendung combinirter Färbemethoden, z. B. van Gieson-scher Färbung werden nicht alle Theile der Auflagerungen gleichmässig gelb tingirt, manche vereinzelte Zellen und Zelllagen behalten die Hämatoxylin- oder Fuchsinfärbung fest bei. Eine Regelmässigkeit lässt sich aber keineswegs erkennen.

Ebenso ergeben Doppelfärbungen mit Hämatoxylin-Eosin, Carmin-Pikrin, polychromen Methylenblau und Eosin, Wasserblau und Orange-Saffranin etc. in verschiedenartigster Combination keinerlei constante Bilder. Auch vermittels der Weigert-schen Färbung gelingt es nicht, in klarer Weise einzelne Schichten oder Zellformen zu differenziren und wir glauben, dass solche Befunde nicht hinlänglich sichere Basis abgeben zur Beurtheilung des Zustandes der Verhornung dieser Schichten oder zur Aufstellung einer Hypothese für das Zustandekommen der vorliegenden Anomalie. Wir gehen deshalb auf eine nähere Besprechung dieser Details nicht ein, zumal unser Material durch die langdauernde Conservirung der Präparate in diluirtem Alkohol für die Anwendung gewisser Färbemethoden theils als ungeeignet, theils als nicht einwandsfrei anzusehen ist. Die Elemente, welche die Hornlagen zusammensetzten, zeigten sich, wo sie erkennbar waren, immer als gewöhnliche Hornzellen, durch Versuche mit Verdauungsflüssigkeiten lässt sich diese Beschaffenheit in der ganzen Ausdehnung der Hornplatte nachweisen. Die Bezeichnung der Auflagerungeu als homogene Substanz beruht offenbar auf Irrthum.

Ausser den beschriebenen, durch die Einlagerung der Haare hervorgerufenen Lücken und den erwähnten spaltförmigen schmalen Sprüngen zwischen den Hornlamellen haben schon frühere Untersucher wiederholt Einlagerungen bemerkt, welche nicht von Hornzellenschichten, sondern von mehr minder homogen aussehenden Massen gebildet werden. Man findet diese Einlagerungen in Form von unregelmässigen rundlichen, ovalen oder langgestreckten, manchmal auch als ganz unregelmässige kolbige Massen durch die ganze Schichte der Hornschilder scheinbar ohne bestimmte Anordnung eingestreut. Die meisten derselben werden von concentrischen Hornlamellen dicht um-



schlossen. Es sind diese Gebilde, wie wir schon oben gesehen haben, von einer Reihe von Autoren beobachtet und ihre Aufklärung versucht worden, wobei fast alle das Ungewöhnliche dieses Befundes hervorheben.

Unsere Untersuchungen schliessen die Anschauung, dass es sich um Ansammlung von Talgdrüsensecret oder überhaupt fettiger Massen handle, vollkommen aus. Wir konnten uns an einer Reihe von günstig getroffenen Schnitten überzeugen, dass namentlich in den oberen Schichten der Hornschilder die Mehrzahl dieser Einschlüsse wirklich ringsum von Hornlamellen abgekapselt wird, dass sie aber ursprünglich alle mit der Cutis zusammenhängen und von ihr abstammen. Wir haben schon erwähnt, dass die Haartrichter durch die in ihnen sehr mächtig auftretende Verhornungsanomalie ganz bedeutende Vergrösserungen in allen ihren Dimensionen erfahren; sie und die Talgdrüsen reichen in tiefere Cutisschichten hinab; wo nun die Haare dichter beisammen stehen, bleibt von den oberen Antheilen der Cutis zwischen je zwei benachbarten Haartrichtern nur ein schmaler Streifen der Cutis übrig und so wird auf senkrechten Schnitten der Eindruck hervorgebracht, dass die obere Cutispartie von der Höhe der Talgdrüsen ab nur aus riesig verlängerten Papillen bestünde (Fig. 5).

Dieser Eindruck wird dadurch noch verstärkt, dass der oberste Theil dieser Cutisreste theils durch die seitliche Compression, theils durch die Cohaerenz ihrer Epidermis mit den aus den Haartrichtern herauswachsenden Horncylindern ganz bedeutend in die Länge gezogen wird, ein Bild, das an das Auswachsen der Papillen bei spitzen Condylomen und Hauthörnern erinnert. Dass diese Cutisfortsätze nicht allein dem Papillartheil der Haut angehören, geht an unseren Präparaten aus der Vertheilung der injicirten Blutgefässe klar hervor, ebenso spricht das Verhalten des Rete Malpighi, welches auf zwei bis eine Zellenreihe reducirt erscheint, gegen diese Auffassung. Es handelt sich offenbar um eine auf mechanischer Grundlage entstandene Deformation der oberen Cutisantheile.

An günstig getroffenen Schnitten kann man nun beobachten, dass die Spitzen oder kolbig aufgetriebenen schon ganz in dem Hornpanzer liegenden Enden eine Umwandlung erleiden,



die schliesslich zur Nekrose dieser bindegewebigen Partien in mechanischer Abkapselung im Horngewebe führt. Ist ein derartiger Cutisfortsatz der ganzen Länge nach getroffen, so zeigt er den normalen Bau der Cutis in seinem untersten Antheil wohl erhalten. Bindegewebe, elastische Fasern, blutführende oder mit Injectionsmasse gefüllte Capillaren in normaler Anordnung. Tritt der Fortsatz in die Hornauflagerungen ein, so wird zunächst das ihn bedeckende Rete Malpighi flach gedrückt und einreihig; zwischen den noch erhaltenen Bindegewebsfasern und gut färbbaren Kernen zeigt sich Oedem, das die Fibrillen auseinanderdrängt; feine Granula und Fäden, welche die Fibrinfärbung annehmen, erfüllen die Räume. Weiter nach aufwärts zu färben sich nur noch wenige Bindegewebskerne, bei van Gieson'scher Färbung noch einzelne Bindegewebsfibrillen deutlich. Eine Reihe ganz flach gedrückter, mit gut färbbaren Kernen versehener plättchenförmiger Zellen, die stellenweise Keratohyalin enthalten, bildet den Rest des Rete Malpighi. Gegen die Spitze der Fortsätze zu verschwindet schliesslich auch diese Zellage, an ihrer Stelle findet man fertige Hornzellen. Der von ihnen umschlossene Inhalt ist nun fast ganz homogen, lässt keinerlei Fasern, nur vereinzelte noch färbbare Kerne erkennen. Wir sehen also den Cutisfortsatz, nachdem er in die Hornauflagerungen eingedrungen ist, zuerst ödematös werden und dann völlig degenerirt zu einer vertrockneten nekrotischen Masse sich umwandeln, gleichzeitig das immer schmächtiger werdende Rete Malpighi völlig verhornen (Fig. 6).

Mit geringen Variationen namentlich die Intensität des Oedems betreffend und die Höhenlage der verschiedenen Degenerationsstufen wiederholt sich derselbe Vorgang an allen Cutisfortsätzen. Bei guter Färbung kann man auch in den abgekapselten Einschlüssen der obersten Schichte der Hornschilder noch Kernreste und einzelne Keratohyalineinschlüsse nachweisen, je näher der Cutisoberfläche zu, desto mehr färbbare Kernreste findet man in diesen Einschlüssen. In manchen solcher Räume aus den mittleren Schichten der Hornschilder zeigt sich die nekrotische Masse noch rings von einer kernhaltigen Lage von Hornzellen umgeben und durch in Zügen angeordnete Kernreste in Felder getheilt; in anderen von Hornzellenlagen



ganz umschlossenen solchen Räumen sind ausser Zellkernen auch noch Reste von Bindegewebsfibrillen färbbar.

Solche Einschlüsse dürften noch in Zusammenhang mit den Cutisfortsätzen stehen, erscheinen aber durch die Schnittführung als abgeschlossene Räume. Von den höher oben gelegenen völlig nekrotischen Einschlüssen kann man an einer Reihe aufeinanderfolgender Schnitte den Nachweis erbringen, dass sie mit den beschriebenen Cutisfortsätzen nicht mehr im Zusammenhange stehen, sondern ringsum von Hornlamellen umgrenzt werden.

Dieser eigenthümliche Vorgang einer Abschnürung und Umwachsung der Cutis bis zur völligen Abtrennung von der Unterlage durch Hornlamellen, für den wir in der Literatur kein Analogon finden, ist an den directen Uebergangsbildern ganz unzweifelhaft zu verfolgen und gibt uns die Erklärung für die Entstehung der schon von anderen Autoren mehrfach beobachteten, aber nicht richtig gedeuteten Einschlüsse in den Hornplatten.

Diese Einschlüsse und ihre Vorstadien sind in reichem Masse an allen dichter behaarten Körperstellen zu finden, während sie an nur schwach behaarten Hautstellen nur vereinzelt nachzuweisen sind und dann immer nur an Punkten, an welchen mehrere Haarbälge in einer Gruppe beisammen stehen.

Eine vierte Art der Lückenbildung entspricht den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen; diese Lücken fallen namentlich an den Schildern schwach behaarter Hautstellen auf; ihr Lumen ist meist spaltförmig und wird von einer concentrischen Hornschichte eingehüllt, die zwischen die horizontalen Hornmassen eingelagert erscheint und manchmal Farbstoffe intensiver annimmt als die Umgebung. Ihre Stellung in abwechselnden Doppelreihen, die sich schief oder senkrecht durch das Hornschild ziehen, lässt auf spiraligen Verlauf der Schweissdrüsenporen schliessen.

Im allgemeinen unterscheiden sich die untersuchten Hautstellen bezüglich ihrer histologischen Veränderungen nur graduell: für die Formation der Hornschilder ist die Menge der Haare massgebend, die Auflagerungen über stark behaarten Stellen erscheinen sieb- und wabenförmig durchlöchert (Fig. 7); in den Hornschildern von nur Lanugo tragenden Hautpartien



prävaliren die welligen Schichten der an der Oberfläche producirten Hornmassen und sind die Horncanäle für die Haare gruppenförmig eingesprengt.

Die Hornauflagerungen von Hautpartien, welche keine Haare tragen — wir haben die Haut der Fusssohle untersucht — haben deshalb grosse Aehnlichkeit mit tylotischen Hornmassen; sie enthalten weder das Lückensystem, das durch die Betheiligung der Haare entstanden ist, noch jene geschilderten Einschlüsse nekrotischer Gewebspartien.

Die Cutis der Fusssohle weist das dem Alter der Frucht entsprechende Verhalten auf, die Schweissdrüsenknäuel sind vollkommen entwickelt und bilden an der Grenze des Subcutangewebes eine fast continuirliche Lage. Die von ihnen in regelmässigen Abständen fast senkrecht in die Höhe streichenden Ausführungsgänge verhalten sich in ihrem Bau gleichwie die Knäuel ganz normal. Die Cutisleisten der Fusssohlenhaut sind regelrecht, die Papillen nur wenig entwickelt, auch Basalschicht und Rete bieten normale Mächtigkeit und Structur. Die Körnerschichte deutlich nachweisbar, über ihr das Stratum lucidum angedeutet; die aufliegende Hornmasse zeigt eine vielfache Uebereinanderlagerung von horizontal liegenden, entsprechend dem Leistenprofil gewellten Hornschichten, zwischen denen sich spaltförmige Präparationslücken befinden. Die zahlreichen Schweisscanäle fanden wir auch an unserem Falle in normaler, spiralig gewundener Weise die Hornschichten durchsetzend und in der unteren Hälfte derselben mässig geneigt, dabei ziemlich gestreckt verlaufend, in der oberen Hälfte mehr flachliegend und stark spiralig gewunden, der Oberfläche zustrebend — ein Befund, der sich mit den Angaben Müller-Köllikers u. A. völlig deckt. Einschlüsse fehlen.

An einzelnen Ausführungsgängen lässt sich eine Verhornung der Epithelien eine Strecke weit in die Cutis hinein verfolgen, im allgemeinen aber zeigen sich die Gänge normal gebaut.

Die Untersuchung des Fingers lässt an der Beere ganz analoge Verhältnisse erkennen, die Nagelplatte erscheint durch vom Nagelfalz herüberstreichende Hornlamellen in hoher Schichte überdeckt, das Nagelbett und die Nagelplatte haben normales



Aussehen. Der vordere Theil der Nagelplatte wird durch von der Fingerbeere her aufstrebende Hornmassen abgeknickt und steht fast senkrecht auf der Oberfläche.

Nach der oben gegebenen Schilderung des histologischen Verhaltens der Hautpartien, soweit sie von Hornschildern gedeckt erscheinen, erübrigt noch die Beschreibung der die einzelnen Schilder trennenden Furchen resp. Einrisse. Die von uns untersuchten Hautfurchen trugen sämmtlich epitheliale Bekleidung; die Cutis in der Mitte derselben erscheint gegenüber den benachbarten mit Schildern bedeckten Hautpartien verdünnt, aber in all' ihren Bestandtheilen erhalten. Ihre geringere Mächtigkeit erklärt sich genügend durch die Dehnung, welche diese Stellen am lebenden Fötus erlitten haben. Da aber selbst die Papillarschichte wenigstens an den lateralen Theilen der Furchen noch erhalten ist, scheinen die von uns untersuchten Furchen nicht durch tiefergehende Einrisse, sondern nur durch ein Zerspringen der Hornplatten entstanden zu sein. Auffällig und von einer Anzahl Autoren bereits beschrieben ist das Verhalten der Haare in den Furchen: man findet sie immer so gelagert, dass sie gegen die die Furchen begrenzenden Hornschilder ziehen; am Querschnitt einer Furche laufen sie nach links und rechts divergirend auseinander; in der Furche selbst durchbricht kein Haar die Oberfläche.

Das Rete Malpighi ist etwas schmächtiger als das der schildtragenden Hautstellen,[1]) die Papillen sind in der Mitte der Furche kaum als wellige Linien angedeutet, an den Randpartien leicht kegelförmig, mit ihren Spitzen dem benachbarten Hornschild sich zuneigend und gegen dieses zu immer grösser werdend; sie zeigen also dieselbe Lagerung wie die Haare.

Die Hornschicht über den Furchen ist im centralen Theile mässig verdickt,[2]) nimmt an dem lateralen Antheil an Mächtigkeit zu, nahe dem steilabfallenden Rande der grossen Hornschilder finden sich zwischen ihren Lamellen Lücken von Horncylindern begrenzt, in welchen die Haare liegen. Diesem Ver-

---

[1]) Mikroskopisch gemessen beträgt die Höhe hier 0,01912 Mm. im Durchschnitt, während an den letzteren Partien die Maasse zwischen 0,0608—0,1064 schwanken.

[2]) Beträgt mikroskopisch gemessen an Höhe 0,08360—0,1824 Mm.

halten der Haare zwischen den Hornzellenschichten der Furchen entspricht das streifige Aussehen, das makroskopisch constatirt werden konnte.

Wir wollen das Vorkommen von die Cutis durchtrennenden Einrissen in utero nicht leugnen; an den von uns untersuchten Stellen fand sich kein darauf hinweisender Befund.

An einem Hautstücke, welches eine gabelförmige Theilung einer Furche und die begrenzenden Hornschilder enthielt, fand sich die beschriebene Richtungsänderung der Haare und der Papillen in sehr instructiver Weise vor, in beiden Furchen divergirten Haare und Papillen ganz auffallend, wie oben beschrieben; in dem zwischen ihnen liegenden schmalen Hornpanzer convergirten Papillen und Haare gegen dessen Mitte.

Dieses Bild gibt uns Aufschluss über den Beginn der abnormen Hornbildung, denn die Hornpanzer erweisen sich hier als richtungsgebend auf alle vorhandenen Haare: die Starrheit der Oberfläche dürfte also zu einem Zeitpunkte des Embryonallebens aufgetreten sein, in dem die Haaranlagen dieser Stelle schon sämmtlich entwickelt waren.

Von einer genaueren Beschreibung der histologischen Befunde des Foetus B wollen wir Abstand nehmen und nur feststellen, dass die Haut genau dieselben Veränderungen, nur in bedeutend geringerem Grade aufweist. — —

Ueberblicken wir den histologischen Befund, so können wir keine jener Angaben bestätigen, die von einer Bildungsanomalie der Lederhaut berichten. Auch die Behauptung, dass die Zahl der Schweissdrüsen, Talgdrüsen und Haare abnorm gross oder abnorm gering sei, beruht offenbar auf Irrthum.

Der pathologische Vorgang besteht, ähnlich wie bei der gewöhnlichen Ichthyosis, auf einer übermässigen Bildung und Anhäufung von Hornzellen. Als besonders charakteristisch für die Ichthyosis congenita müssen wir die enorm starke Verhornung in den Haartrichtern betonen, welche zusammen mit dem embryonalen Haardurchbruch die auffallende Structur der Hornschilder bedingt.

Ferner erscheint uns die fast in den Grenzen der Norm sich haltende Entwicklung des Rete Malpighi und der Körnerschichte, *der relativ geringe Einfluss des Processes auf die Formation der Papillen* gegenüber ähnlichen Processen besonders hervorzuheben.

Bei keinem anderen Processe sich in gleicher Art vorfindend, müssen wir die beschriebene Veränderung und Abschnürung von Cutistheilen als nur der Ichthyosis congenita zugehörig bezeichnen.

So unterscheidet sich auch vom histologischen Standpunkt die Ichthyosis congenita von allen bekannten Hyperkeratosen, ebenso wie sie klinisch ihre auffallenden Merkmale besitzt. —

Am Schlusse meiner Arbeit heisse ich die Gelegenheit willkommen, meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. *Riehl*, für seine vielfache Anregung und Unterstützung meinen verbindlichsten Dank zu sagen; insbesondere bin ich im histologischen Theile der Arbeit seiner Auffassung und seinen Ausführungen im wesentlichen gefolgt.

Anhang.

Ichthyosis congenita bei Kälbern.

1. Im Magazin voor Vee-Artseney-Kunde S'Huck-*Utrecht*.
2. In der Veterinärschule von Utrecht (*Numann*).
3. Fall von *Gurlt*: reif, † nach 24 Stunden, Kuh gesund.

<table>
<tr><td>4. Liebreich</td><td rowspan="2">† nach 24 Stunden</td><td rowspan="4">alle 4 reif geboren.</td></tr>
<tr><td>5. Liebreich</td></tr>
<tr><td>6. Liebreich</td><td rowspan="2">wurden getödtet</td></tr>
<tr><td>7. Liebreich</td></tr>
</table>

8. *Harpeck*, reif geboren, männlich.
9. *Harpeck*, reif geboren.
10. In der Veterinärklinik zu Dresden.
11. Fall von *Sand* (Kopenhagen).
12. Fall von *Fournier*, † nach 2 Tagen.

Nr.	Autor	Geboren	Gestorben	Alter bei der letzt. Beobacht.	Geschlecht	Krankheitsgrad	Bemerkungen
1	Richter 1792	8. Monat	nach 3 Tagen	—	weiblich	I	Bild
2	Hinze 1802	reif	am 4. Tage	—	weiblich		Bild
3	Steinhausen 1828	reif	nach 3½ Tagen	—	weiblich		Bild
4	Seligmann 1841	9. Monat	—	3 Jahre alt	weiblich	III	Bild
5	Souty 1842	reif	nach 52 Stunden	—	männlich	I	
6	Keiller (Simpson) 1843	8. Monat	nach 12 Stunden	—	männlich	I	
7	Sievruk 1843	frühgeboren	nach einigen Tagen	—	männlich	I	Bild
8	Sievruk 1843	frühgeboren	nach einigen Tagen	—	weiblich	I	
9	Davidson 1844	8. Monat	nach 7 Tagen	—	männlich	II	
10	Vrolik 1849	8. Monat	nach 3 Stunden	—	männlich	I	Bild
11	Müller-Kölliker 1850	—	am 4. Tage	—	weiblich	I	
12	Houel et Robin 1853	7.—8. Monat	—	—	—	II	
13	Okel sen. 1854	—	nach 6 Stunden	—	männlich	I	Bild; Brüder (13–14)
14	Okel sen. 1854	8. Monat	nach 8 Tagen	—	männlich	I	Brüder (13–14); Mutter † 3 Tage p. p. an Mania puerper.

Nr.	Autor	Geboren	Gestorben	Alter bei der letzt. Beobacht.	Geschlecht	Krankheitsgrad	Bemerkungen
15	Schabel 1856	8. Monat ?	—	—	weiblich	I	Bild
16	Jahn 1869	8. Monat	nach 9 Tagen	—	weiblich	I	= unser Foetus A. Bild
17	Löcherer 1876	reif	nach 2 Tagen	—	männlich	I	
18	Gidon 1878/79	reif	nach 11 Monaten	—	männlich	II	† an Bronchopneumonie
19	Houel 1879	reif	nach 27 Stunden	—	—	II	Eltern blutsverwandt
20	Dvorak 1879	9. Monat	nach 39 Stunden	—	weiblich	I	Bild
21	Perez 1880	—	—	1 ½ Monat	männlich	II	?
22	Stühlinger 1880	7 ½ Monat	nach 20 Stunden	—	männlich	II	Bild
23	Kyber 1880	8. Monat	nach 36 Stunden	—	weiblich	I	Bild
24	Smith 1881	9. Monat	nach 3 Tagen	—	männlich	I	
25	Livingston 1882	fast reif	nach 6 Stunden	—	weiblich	I	
26	Weisse 1882	—	—	10 Jahre	männlich	II	
27	Straube 1883	unreif	—	—	männlich	I	Bild
28	Behrend 1885	7. Monat	—	1 Jahr, 5 Mon.	weiblich	III	

Nr.	Autor	Geboren	Gestorben	Alter bei der letzt. Beobacht.	Geschlecht	Krankheitsgrad	Bemerkungen
29	Lang 1885	in der 39. Woche	nach $2\frac{1}{4}$ Jahren	—	weiblich	III	Geschwister (29, 30)
30	Lang 1885	in der 40. Woche	nach $1\frac{1}{4}$ Jahren	—	männlich	III	
31	Caspary 1886	9. Monat	—	4 Jahre	männlich	III	Brüder (31, 32) Eltern blutsv.
32	Caspary 1886	$8\frac{1}{2}$ Monat	—	$1\frac{1}{2}$ Jahre	männlich	III	Bild
33	Münnich 1886	reif	—	4 Jahre	männlich	III	Geschwister (33, 34)
34	Münnich 1886	8. Monat	—	9 Monate	weiblich	III	
35	Tommasoli 1886	reif	nach $1\frac{3}{4}$ Jahren	—	männlich	II	
36	Lassar 1887 Bruck 1888	fast reif	nach 3 Tagen	—	männlich	I	Bild † an Bronchopneumonie
37	Róna 1889	reif	nach 4 Monaten	—	männlich	III	Geschwister (37, 38)
38	Róna 1889	reif	—	11 Monate	weiblich	III	
39	v. Schab 1889	—	—	—	weiblich	I	
40	v. Schab 1889	—	—	—	—	II	
41	v. Schab 1889	fast reif	nach 3 Tagen	—	weiblich	II	
42	Oestreicher 1891	fast reif	nach 3 Tagen	—	—	I	Siehe Nr. 50.

Nr.	Autor	Geboren	Gestorben	Alter bei der letzt. Beobacht.	Geschlecht	Krankheitsgrad	Bemerkungen
43	Carbone 1891	8. Monat	nach 3 Tagen	—	männlich	I	Eltern blutsverwandt
44	Hallopeau et Watelet 1892	—	—	8 Tage	männlich	II	
45	Koller 1894	8. Monat	am 1. Tage	—	weiblich	I	
46	Sherwell 1894	reif	—	4 Monate	weiblich	II	
47	Cabot 1895	7. Monat	nach 16 Monaten	—	—	II	
48	Gerstenberg 1896	8. Monat	nach 47 Stunden	—	weiblich	I	
49	Claus 1897	7. Monat	todt geboren	—	weiblich	I	Bild. Schwester der Mutter taubstumm
50	Claus 1897	reif	—	—	—	II	Ein Fall von 3 Brüdern, deren Eltern blutsverwandt waren I. Fall Nr. 36. II. Fall Nr. 42.
51	Wassmuth 1899	reif	nach 30 Stunden	—	weiblich	I	Bild
52	Firmin 1899	$7^1/_2$ Monat	—	18 Jahre	männlich	III	Eltern blutsverwandt Mutter psoriatisch
53	Firmin 1899	reif	—	15 Jahre	männlich	III	Vater luetisch
54	Foetus B noster 1900	unreif	—	—	weiblich	II	Bild

Literatur.

1. Dissertatio medica de Infanticidio in artis obstetriciae exercitio non semper evitabili...Christianus Fridericus Richter. Lipsiae. MDCCXCII. Anhang.

2. D. August Heimbert Hinze's kleinere Schriften medicinischen, chirurgischen und hebärztlichen Inhalts. I. Band. Liegnitz und Leipzig. 1802. pag. 35.

3. De singulari Epidermidis Deformitate. Dissertatio Inaugural. Auctor Aug. Frideric. Steinhausen. Berolini. MDCCCXXVIII.

4. De Ichthyosi. Inaug.-Dissertation. Auctor P. G. Lintermann (Froriep). Berlin. 1833.

5. De Epidermidis Imprimis neonatorum Desquamatione. Dissertatio inaug. Auctor Eduardus Seligmann. Berolini MDCCCXLI.

6. Bulletins de la Société anatomique de Paris. 1842. p. 348 Souty. p. 355. Dequevauviller. (Derselbe Fall: Bulletin de l'Académie Royale de médecine Tome VIII. 1842—43. p. 82. Souty.)

7. Edinburg Monthly Journal of Medical Science for August 1843 v. Simpson (Keiller). (Referat: Lebert, Ueber Keratose, pag. 110.)

8. London and Edinburg M. J. 1844. Case of ichthyosis v. W. Davidson. (Referat: Thèse de M. Firmin, pag. 34.)

9. Over een zonderling gebrek i de huid waarge nomen by een eerstgeboren Kind, in Archief voor de Geneeskunde. D. I. st. 4 bl. 527 v. G. Vrolik. (Referat: Tabulae ad illustrandam Embryogenesin Hominis et mammalium. Auctore W. Vrolik, Amstelodami, 1849, [Tabula 92].) (Weitere Referate: Lebert, Ueber Keratose, pag. 98. Zeitschrift für rationelle Medicin. II. 1844. p. 32.)

10. Beiträge zur Anatomie und Pathologie der menschlichen Haut von Dr. F. v. Bärensprung, 1848. p. 24.

11. Verhandl· der physikalisch-medicinischen Gesellschaft in Würzburg. I. Bd. 1850. Müller-Kölliker. pag. 119.

12. Magazin für die gesammte Thierheilkunde von Gurlt und Hertwig, Berlin, 1850, Gurlt, pag. 249. (Referat: Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie. 1853. Tome IV. pag. 178.)

13. De Ichthyosi intrauterina. Dissert. inaug. Auctor Frideric. Rich. Liebreich. Halis Saxorum. 1853.



14. Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft praktischer Aerzte zu St. Petersburg. VIII. Sammlung. 1854. Okel sen. pag. 185.

15. Archiv f. physiologische Heilkunde. XIII. 1854. Büchner. p. 424.

16. Ichthyosis congenita. Inaug.-Abhandlung von Albert Schabel, Tübingen, 1856.

17. Die Hautkrankheiten, v. Bärensprung, 1859. p. 92.

18. Archiv für Anatomie, Phys'ologie und wissensch. Medicin, 1862, Harpeck, pag. 393.

19. Ueber Keratose v. Dr. Hermann Lebert, Breslau, 1864.

20. Deutsche Klinik, Bd. XVI. Jahrg. 1864. Röbbelen, pag. 278.

21. Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. I. 1869. Ausspitz. pag. 253.

22. Annales de Dermatologie et de Syphil. I. 1869. Lailler, pag. 82.

23. Ueber Ichthyosis congenita. Inaug.-Dissert. von J. F. Jahn, Leipzig. 1869.

24. Ueber Ichthyosis. Inaug.-Dissert. v. Oscar Boer. Berlin 1873.

25. Aerztliches Intelligenzblatt XXIII. 1876. Löcherer. pag. 293.

26. Virchow's Archiv f. pathol. Anatomie 1877. 69. Bd. Esoff, pag. 417.

27. Annales méd. de Caen 1878—79. Gidon (Referat: Thèse de Firmin 1899, pag. 47).

28. Le Progrès médical VII. 1879. Houel, p. 428. Note additionelle par Chambard.

29. Allgem. Wiener medic. Zeitung XXIV. 1879. Dvorak, pag. 58.

30. Ueber erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris cornea. Inaug.-Dissert. v. Arthur Thost. Heidelberg, 1880.

31. Virchow's Archiv f. path. Anatomie. 79. Bd. 1880. Boegehold, pag. 545.

32. Ein Fall von Ichthyosis congenita. Inaug.-Dissert. von Hermann Stühlinger, Marburg 1880.

33. Medicinische Jahrbücher, herausg. v. d. k. k. Gesellschaft der Aerzte, Wien, Jahrg. 1880. Kyber, pag. 397.

34. The American Journal of obstetr. etc. April 1880. Smith (Referat: Archiv f. Kinderheilkunde II. 1881. pag. 196.

35. Archiv of Dermatology. 1880. Juli. Curtis, p. 273. (Referat: Vierteljahrschr. f. Dermatol. u. Syphil. VIII. 1881, pag. 543).

36. Archives de Physiologie normale et patholog. VIII. 1881. Leloir, pag. 405.

37. Le Progrès médical VIII. 1880, pag. 524. Revue des maladies de la peau: Referat aus: Revista Medica du Chili par M. Muria Perez: un cas de sclérose générale de la peau chez un nouveau-né.

38. Arch. Dermatol. New-York 1882. Weisse, pag. 339. (Referat: Thèse de Firmin 1899, pag. 61.)

39. American Journal Obstet. New-York 1882. Livingston, pag. 988.

40. Monatshefte f. prakt. Dermatol. II. 1883. H. v. Hebra, pag. 296.

41. Ein Fall von Ichthyosis congenita, Inaug-Dissert. v. H. Straube, Marburg 1883.



42. Some forms of skin disease of the horse in India, The Veterinarian 1884, pag. 585.

43. Berliner Klinische Wochenschrift XXII. 1885. Behrend, pag. 88.

44. Tageblatt der 58. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg, 1885. Lang, pag. 295.

45. Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syphilis XIII. 1886. Caspary, pag. 4.

46. Monatshefte f. prakt. Dermatol. V. 1886. Munnich, pag. 240.

47. Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle XXI. 1886. Tommasoli, pag. 32.

48. Allgemeine medicinische Central-Zeitung, LVI. Jahrg. 1887, Nr. 28. Lassar, pag. 443.

49. Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 27. Mai 1887. H. v. Hebra. (Referat: Archiv f. Derm. u. Syph. XIX. 1887, pag. 1032.)

50. Ein Fall von Ichthyosis congenita. Inaug.-Dissert. v. Franz Bruck. Berlin, 1888.

51. Archiv f. Dermat. u. Syphil. XXI. 1889. Róna, pag. 338.

52. Drei Fälle von congenitaler Ichthyose, Inaug.-Dissert. von Oscar v. Schab, München 1889.

53. Berliner Klinische Wochenschrift XXVII. 1890, Nr. 18. Manasse, pag. 411.

54. Berichte über die Sitzungen der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig 1890/91, Windscheid, pag. 119.

55. Berichte über die Sitzungen der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig 1891/92. Lesser, pag. 10.

56. Archivio per le Science Mediche XV. 1891. Carbone, pag. 349.

57. Archiv f. Dermatol. u. Syphil XXIII. 1891. Oestreicher, pag. 837.

58. The British Journal of Dermatology III. 1891. Brooke, pag. 19.

59. Annales de Dermatolog. et de Syph. III. 1892. Hallopeau et Watelet, pag. 149.

60. Annales de Dermat. et de Syph. III. 1892. Bar, pag. 176.

61. Maanadskrift f. Dyrlaeger, II. Bd. G. Sand, pag. 360—362. (Dasselbe: Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin XIX. 1893. Sand, pag. 111.)

62. Tr. am. dermat. du New-York 1894. Sherwell. (Referat: Thèse de Firmin 1899, pag. 93.)

63. Ein Fall von Ichthyosis congenita. Inaug.-Dissert. von Joachim Koller, Leipzig, 1. VIII. 1894, ungedruckt.

64. Pester med.-chirurg. Presse 1894, Nr. 51. Gross und Török. (Referat: Jahrb. f. Kinderheilk. XL. 1895, pag. 314.)

65. Medical record 1895, Cabot.

66. The British Journal of Dermatology VIII. 1896. Stowers. pag. 105.

64. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 57. Bd. 1896. Gerstenberg, pag. 263.

68. Zur Casuistik der Ichthyosis palmaris et plantaris cornea familiaris. Inaug.-Dissert. von Friedrich Jacobi, Erlangen 1896.

69. Ichthyosis congenita. Inaug.-Dissert. v. Hans Claus, Berlin 1897.

70. L'Ichthyose, Thèse par Emile Robin, Paris, 1897.



71. Medical News 1897 Mai, Winfield, A contribution to the etiology of congenital ichthyosis with absence of the thyroid. (Referat: Archiv f. Dermatol. u. Syph. 1899. 49. Bd., pag. 145.) (Referat: Dermatol. Centralblatt I. 1898, pag. 48.)

72. Archiv f. Dermatol. u. Syphil. 1899. 47. Bd. Luithlen, pag. 323.

73. Archiv f. Dermatol. u. Syphil. 1899. 48. Bd. Winternitz, pag. 241.

74. Ueber Ichthyosis. Inaug.-Dissert. v. Max Penkert, Greifswald 1899.

75. Contribution à l'étude de l'ichthyose foetale. Thèse par Maurice Firmin, Paris 1899.

76. Beiträge zur pathol. Anatomie u. z. allg. Pathol. (Ziegler) XXVI. (1899) Wassmuth, pag. 19.

77. Atlanten von Tilesius, Rayer, Alibert, Behrend, Vrolik, Hebra, Kaposi.

78. Lehrbücher und Handbücher von Rayer, v. Hebra, Auspitz, H. v. Hebra, Behrend, Ziemssen, Hardy, Unna, Neumann, Ziegler, Wolff, Lesser, Joseph, Kaposi (Kaposi-Besnier), Kitt u. a.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XV-XX.

Taf. XV: Foetus A: Vorderansicht.

Taf. XVI: Foetus B: Vorderansicht.

Taf. XVII: Foetus B: Hinteransicht.

Taf. XVIII:

Fig. 4 (I) Uebersichtsbild: Senkrechter Schnitt durch eine Platte der Rückenhaut aus zahlreichen wellig verlaufenden Hornzellenschichten sich zusammensetzend, in demselben zahlreiche Haarcanäle. Die an den Seiten der Hornplatte ausgezogenen Papillen convergiren nach der Mitte der Platte. Corium mit normalem Schweissdrüsenbefund und einigen quergetroffenen theilweise verhornten Haarbälgen.

Fig. 4 (II) Detailbild: Drei Haarcanäle in ein Bündel vereinigt von welligen Hornlamellen eingeschlossen.

Taf. XIX. Fig. 5 Uebersichtsbild: Theil eines senkrechten Schnittes durch eine Hornplatte der behaarten Kopfhaut:

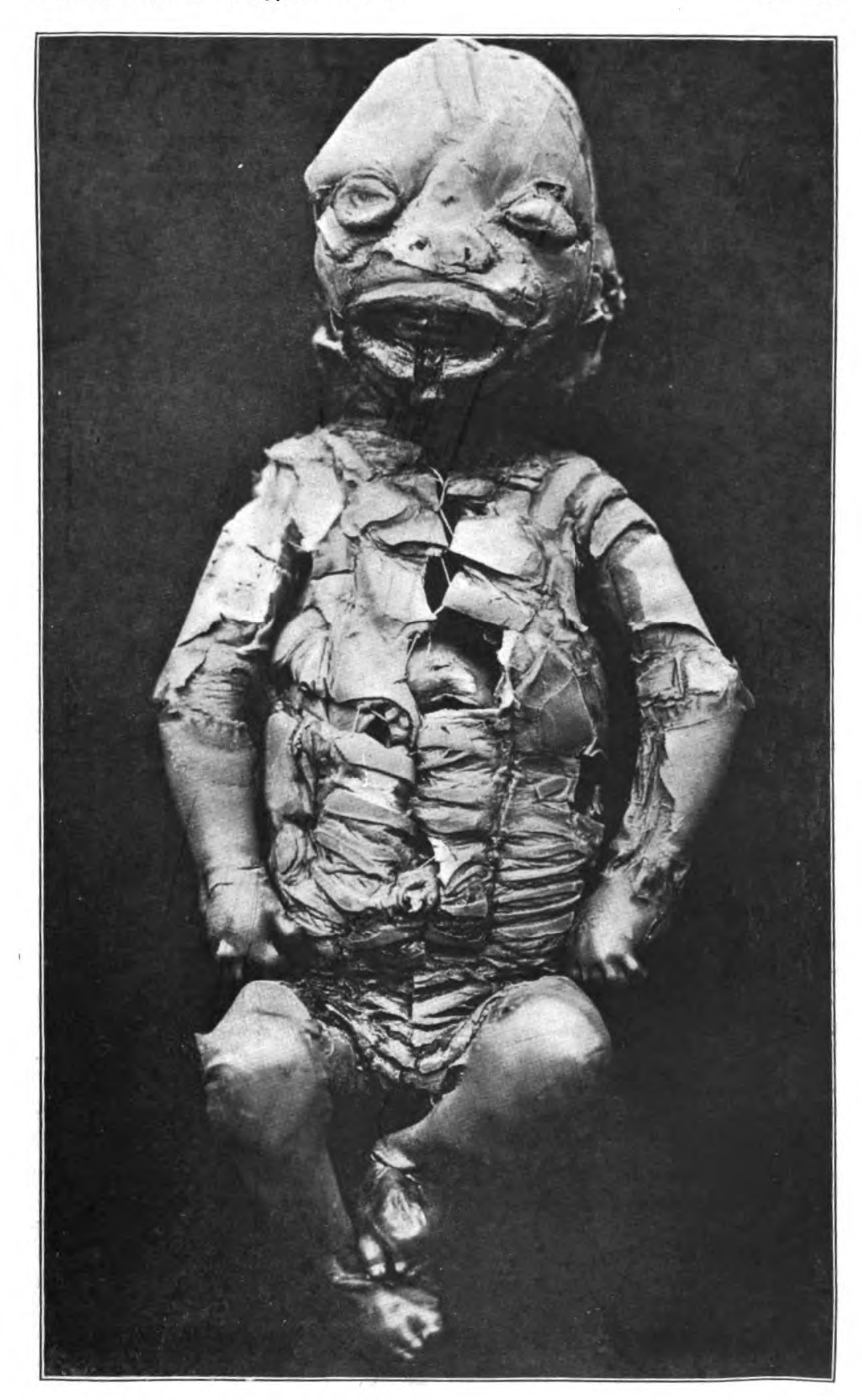
a) Subcutangewebe. *b*) Corium mit theilweise verhornten Haarbälgen. *c*) Papillen. *d*) Ausgezogene Cutisantheile zwischen den verhornten Haartrichtern. *e*) Hornplatten, durchbrochen von *f*) Horncanälen (f_1 längs, f_2 quer getroffen). *g*) Einschlüsse von homogener Substanz, welche theilweise Kernreste (*h*) *i*) noch fibrilläres Gewebe in degenerirtem Zustande enthält.

Taf. XX. Fig. 6 Detailbild: Papillomähnlich ausgezogener Theil der oberen Cutislagen zwischen verhornten Haartrichtern in die Hornauflagerung hineinreichend.

a) Haarcanäle (a_1 längs, a_2 quer getroffen). *b*) Cutis (Blutgefäss, Bindegewebe, elast. Fasern) eingeschlossen von plattgedrückten Rete und Hornlamellen. *c*) Oedem des Cutisfortsatzes mit färbbaren Zellkernen des Bindegewebes. *d*) Necrotische Masse aus Cutisantheilen hervorgegangen mit einzelnen färbbaren Kernresten, *e*) dasselbe ohne färbbare Kerntheile.

Fig. 7 Uebersichtsbild: Senkr. Schnitt durch einen mit Hornplatte versehenen Theil der behaarten Kopfhaut in der Richtung der Haare getroffen. Die parallel verlaufenden Haarcanäle zum grossen Theil in ihrer Längsachse geschnitten.





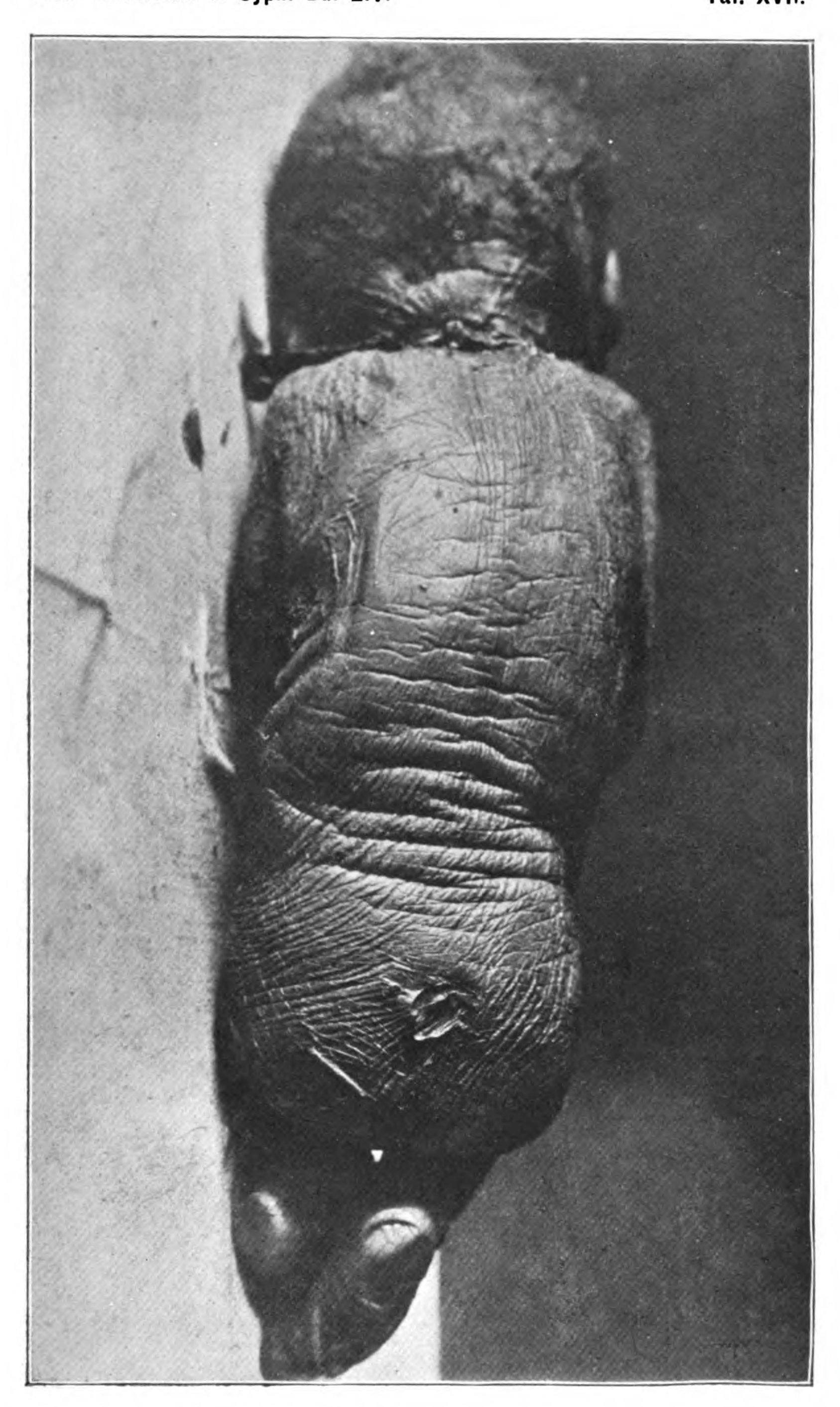
Riecke: Ichthyosis congenita.



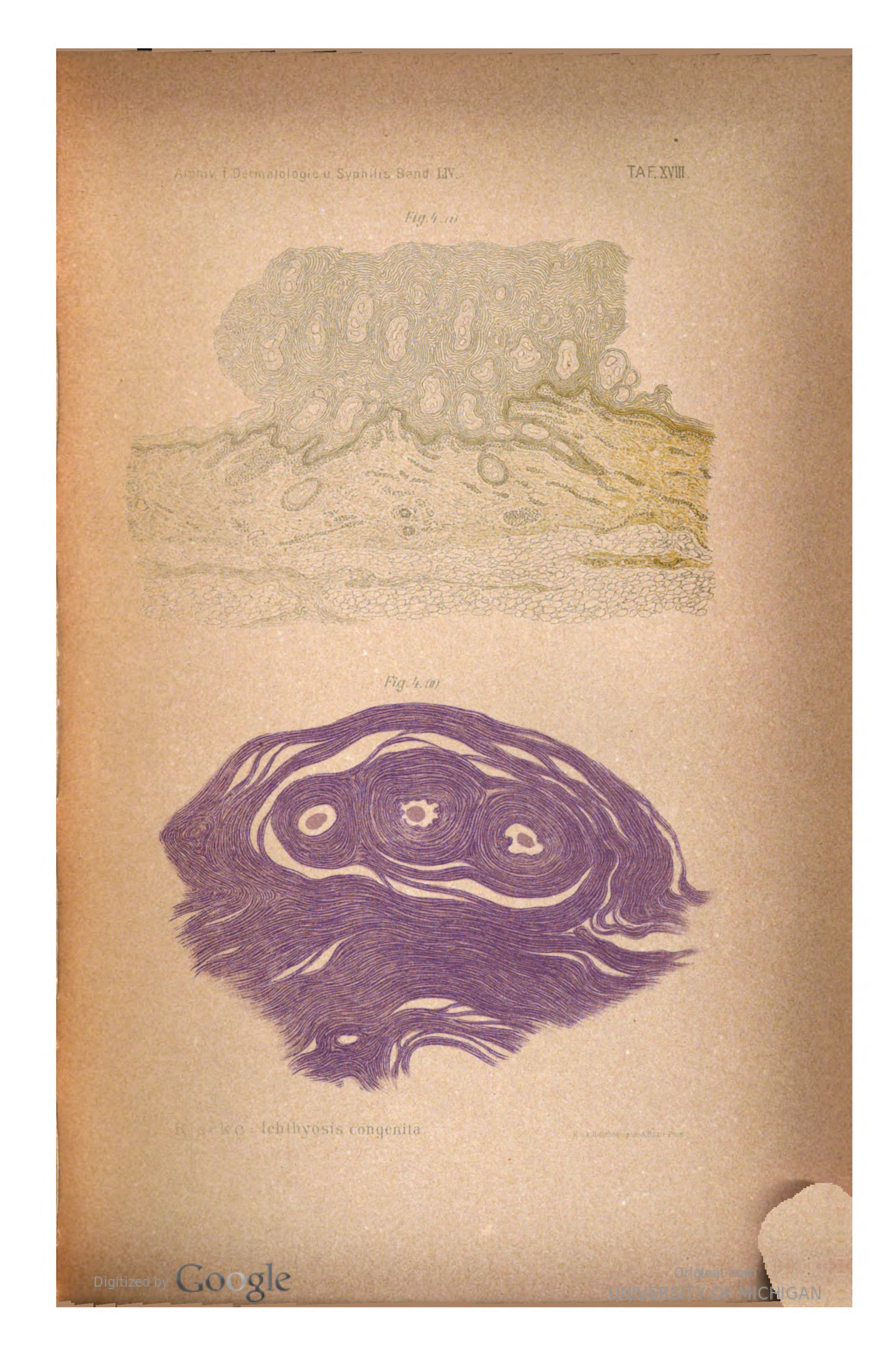


Riecke: Ichthyosis congenita.



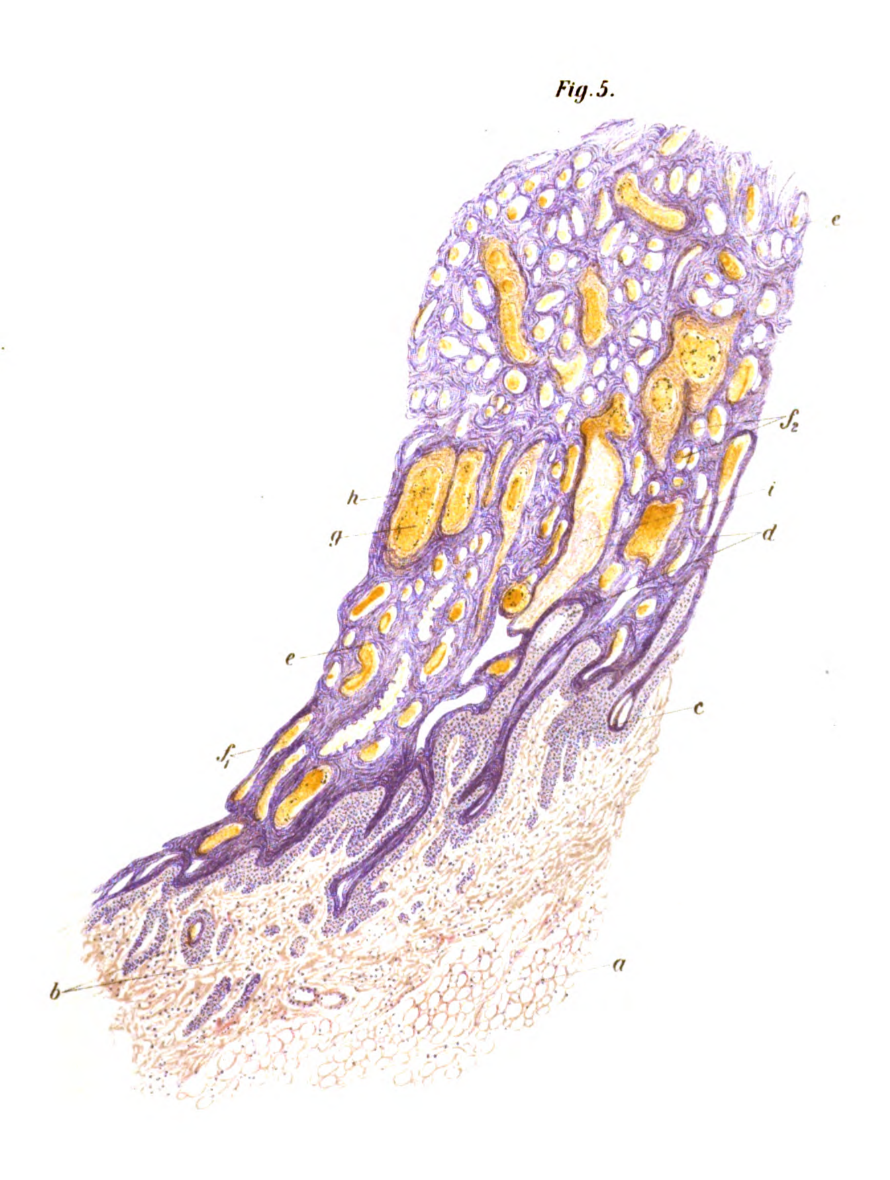


Riecke: Ichthyosis congenita.



Riecke: Ichthyosis congenita

Fig. 5.



Riecke: Ichthyosis congenita.



Fig. 6.

e

d

c

a_1

b

a_2

a_1

Fig. 7.

Riecke: Ichthyosis congenita.





Aus der Abtheilung für venerische Krankheiten am I. Stadthospital zu Moskau.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens von venerischen Bubonen.

Ein statistischer Beitrag.

Von

Arth. Jordan—Moskau.

Die weichen Schanker gehören zu sehr häufigen Erscheinungen in den Hospitälern für venerische Kranke, denn Petersen bestimmt beispielsweise ihr Vorkommen für Petersburg mit 37·7%, während ich im I. Stadthospital zu Moskau zwar etwas weniger, aber immerhin 30·6% fand. Ein grosser Theil dieser Geschwüre wird nun, wie vielfache Untersuchungen der Autoren gezeigt haben, durch das Auftreten von Leistendrüsenschwellungen oder Bubonen complicirt. So zahlreich aber auch die Arbeiten über das Vorkommen dieser Complication sind, so sehr differiren sie andererseits in ihren Resultaten, so dass zur Klärung dieser Frage noch weitere Forschungen und Vergleiche nöthig sind. Aus diesem Grunde habe ich das Material der venerischen Männerabtheilung aus dem I. Stadthospital zu Moskau, für die Zeit von 1894—1899 inclusive, einer Sichtung unterworfen. Im Laufe dieser sechs Jahre wurden daselbst 2357 stationäre Fälle von Ulcera mollia aufgenommen, von denen 636 Bubonen im Gefolge hatten, die incidirt wurden oder von selbst aufgebrochen waren und 1721 ohne Drüsenschwellung blieben. In Procenten ergibt das 73·5% uncomplicirte und 26·5% complicirte Fälle. Das ist ein auffallend niedriger Procentsatz im Vergleich zu den Angaben der übrigen Autoren, denn Petersen consta-

tirte im Alexanderhospital zu Petersburg bei Männern 39% Bubonen, Gay in Kasan 36·6—59·6% und Tschernogubow in Moskau am Mjassnitzki Hospital in der Zeit von 1886 bis 1891 34·9%. Letzterer bemerkt aber dabei, dass er alle Bubones dolentes, also auch diejenigen, welche wieder resorbirt wurden, mitgezählt hat. Vermuthlich ist dasselbe auch geschehen von Seiten der anderen Autoren. Berücksichtigen wir demzufolge gleichfalls alle Bubones dolentes, obgleich ich das nicht ganz richtig finde, weil es schwierig ist, sich nach subjectiven Bestimmungen zu richten, so steigt die Anzahl der Bubonen im I. Stadthospital für den genannten Zeitraum von 636 Fällen auf 747 und die Ziffer der uncomplicirten Ulcera mollia sinkt von 1721 auf 1610 oder in Procenten ausgedrückt, handelt es sich um 31·7% complicirte und 68·3% uncomplicirte weiche Schanker. Diese Procentzahlen kommen denjenigen der drei anderen russischen Autoren viel näher, wenngleich sie immerhin noch etwas niedriger sind. Am nächsten stehen sie den von Tschernogubow gefundenen, woraus folgt, dass die Verhältnisse in den verschiedenen Hospitälern Moskaus trotz der Verschiedenheit der mit einander verglichenen Jahre ziemlich dieselben sind. Noch höher als Gay und Petersen geben aber die ausländischen Autoren die Complication mit Bubo an, so z. B. Zeissl und Neumann mit 40%, Auspitz, welcher gar noch bemerkt „vereiternde Bubonen", mit ca. 50%, Jullien mit 57% u. s. w. Nur zwei Militärärzte sprechen von niedrigeren Zahlen, indem Töply beim österreichischen Militär Bubonen in 34·8% und Miekley beim preussischen Militär in 35·2% fand. Letzterer gibt ausdrücklich an, nur die vereiterten Lymphdrüsenschwellungen berücksichtigt zu haben, so dass seine Ziffer dennoch diejenigen für Moskau beträchtlich übersteigt. Der Grund dafür dürfte wohl in den angreifenden Exercirübungen zu suchen sein, welchen die Soldaten, ungeachtet der häufigen ärztlichen Besichtigungen zu Beginn ihrer Erkrankung ausgesetzt sein dürften. Wie soll man sich aber die verhältnissmässig hohen Procentzahlen von Zeissl, Neumann, Auspitz, Jullien und And. erklären? Ich glaube dadurch, dass bei der grossen Menge gratis wirkender Ambulatorien in West-Europa, sich dort nur

die schweren Fälle in die Kliniken, resp. Krankenhäuser aufnehmen lassen. Während nämlich im I. Stadthospital zu Moskau im Zeitraum von sechs Jahren in der venerischen Männerabtheilung 2357 Fälle von Ulcera mollia beobachtet wurden, kamen in der Neumann'schen Klinik zu Wien im Laufe von 11 Jahren nur 2216 Fälle vor. Diese Ziffer erscheint mir sehr klein neben der unsrigen! In Moskau dagegen scheinen sich die venerisch Erkrankten der einfachen Bevölkerung leichter zum Eintritt in das Hospital zu entschliessen, woher wir nicht nur die schweren Fälle bei uns sehen. Das gibt den von mir gefundenen Procentzahlen von 31·7% für Bubones dolentes oder von 26·5% für vereiterte Bubonen eine grössere Bedeutung. In der Privatpraxis ist freilich das procentualische Verhältniss der Bubonen zu den Ulcera mollia ein niedrigeres, aber dort handelt es sich um eine ganz andere Klasse von Menschen, so dass der Werth von Hospitalbeobachtungen aus der Arbeiterklasse dadurch nicht beeinträchtigt wird.

So bedeutend die Angaben der Autoren über die Häufigkeit der Bubonen, wie wir gesehen haben, differiren, so einheitlich lauten sie über eine andere Frage, nämlich über den Sitz der Bubonen. Alle stimmen darin überein, dass die Bubonen auf der linken Seite häufiger anzutreffen sind, als auf der rechten, und dass sie am seltensten beiderseitig vorkommen. Es berichten z. B.: Gay über 86·8% einseitige und 13·2% doppelseitige, Petersen über 720 linksseitige, 517 rechtsseitige und 223 doppelseitige, Miekley über 47·7% linksseitige, 35·4% rechtsseitige und 16·9% doppelseitige Bubonen. Aehnliches zeigt auch noch eine ältere Statistik aus dem Wiener allgemeinen Krankenhause, indem daselbst in den Jahren 1870 und 1871, 47% linksseitige und 33% rechtsseitige Bubonen zur Beobachtung kamen. Im I. Stadthospital constatirte ich 49·5% linksseitige, 40·6% rechtsseitige und 9·9% doppelseitige Bubonen. Der Procentsatz der beiderseitigen Bubonen ist, wie hieraus hervorgeht, bei uns etwas niedriger, als bei allen genannten Autoren, aber auch bei uns überwiegen die linksseitigen. Die Bevorzugung der linken Leistengegend beruht auf anatomischen Verhältnissen, denn von den zwei Lymphgefässnetzen, welche bekanntlich vom Gliede zu den

Leisten ziehen, vertheilt sich nur das oberflächlich gelegene in gleicher Weise nach beiden Seiten, das in der Tiefe gelagerte, wendet sich dagegen speciell zur linken Seite.

Man hat auch der Localisation der weichen Schanker einen Einfluss auf das Zustandekommen der Bubonen zuschreiben wollen, jedoch mit Unrecht. Einzig und allein die am Frenulum praeputii sitzenden Ulcera mollia werden häufiger von Bubonen vergesellschaftet, was ich gleich den übrigen Autoren bestätigen kann.

Endlich haben noch Töply, Mickley u. And. geglaubt, dass auch die Jahreszeiten von Bedeutung sein können für die Entwicklung der Leistendrüsenschwellung. So beobachtete z. B. Mickley im September eine Abnahme der Bubonen beim Militär, obgleich sich gerade das Gegentheil erwarten liesse, weil er einerseits im August mehr weiche Schanker notirte und andererseits noch zu dieser Zeit die Manöver stattfinden. Dagegen schreibt er dem Frühjahr einen günstigen Einfluss auf die Entstehung von Bubonen zu, da er im März eine ganz besonders grosse Anzahl derselben constatirte. Prüfen wir auf diesen Punkt die Verhältnisse im I. Stadthospital zu Moskau. Es kamen daselbst vereiterte Bubonen zur Beobachtung:

Im	Januar	durchschn.	11 Fälle	auf	40	Ulcera	m.	= 1 : 3,6
„	Februar	„	9 „	„	33	„	„	= 1 : 3,6
„	März	„	9 „	„	39	„	„	= 1 : 4,3
„	April	„	9 „	„	33	„	„	= 1 : 3,6
„	Mai	„	7 „	„	25	„	„	= 1 : 3,6
„	Juni	„	7 „	„	29	„	„	= 1 : 4,1
„	Juli	„	7 „	„	23	„	„	= 1 : 3,2
„	August	„	8 „	„	24	„	„	= 1 : 3,0
„	September	„	6 „	„	29	„	„	= 1 : 4,8
„	October	„	9 „	„	34	„	„	= 1 : 3,7
„	November	„	9 „	„	36	„	„	= 1 : 4,0
„	December	„	12 „	„	46	„	„	= 1 : 3,9

Bei Betrachtung dieser Tabelle lassen sich in Bezug auf das Verhältniss der Bubonen zu den Ulcera mollia keine grossen Schwankungen in den einzelnen Monaten wahrnehmen. Es kamen nämlich verhältnissmässig am meisten Bubonen im August vor, nämlich ein Bubo auf 3 Ulcera mollia und am wenigsten im März und September, nämlich ein Bubo auf je 4·3,

resp. 4·8 weiche Schanker. Hinsichtlich des Septembers würde das vollkommen die Miekley'sche Annahme bestätigen, hinsichtlich des März dieselbe aber widerlegen, denn letzteren Monat sieht Miekley gerade als Bubo begünstigenden an. Mir scheint aber die Differenz zwischen dem Maximum und Minimum doch zu gering zu sein, um von einem Einfluss der Jahreszeiten auf die Entwicklung der Bubonen zu sprechen. Dagegen fällt bei unserer Tabelle eine überraschende Aehnlichkeit der Erkrankungsziffern für Bubonen in einzelnen Monaten auf. Im Februar, März und April kommen durchschnittlich 9 Bubonen pro Monat vor, dann sinkt die Zahl im Mai auf 7, erhält sich so im Juni und Juli, um nach kurzem Anstieg im August auf 8, im September zum Minimum, nämlich auf 6 herabzusinken. Im October und November gibt es wieder durchschnittlich 9 Erkrankungsfälle, wie im Februar, etc. Im December und Januar wird dagegen ein Maximum von 12, resp. 11 Fällen beobachtet. An den Durchschnittszahlen für die Ulcera mollia erkennt man im grossen Ganzen dasselbe nur mit dem Unterschiede, dass sich im September kein Minimum feststellen lässt, sondern dass die Monate Mai, Juni. Juli, August und September ziemlich dieselben Ziffern ergeben. Die Deutung dieser Verhältnisse scheint mir eine sehr einfache zu sein, denn während das Maximum im December und Januar auf die Weihnachtsfeiertage zurückzuführen ist, findet die Abnahme in den Sommermonaten ihre Erklärung in der Gewohnheit der Moskauer Arbeiterbevölkerung für die Zeit der Feldarbeiten in's Dorf zu gehen.



Literatur.

1. Auspitz. Die Bubonen der Leistengegend. Arch. für Derm. u. Syph. 1873.

2. Gay. Cursus der venerischen Krankheiten. 3. Auflage. Kasan. 1888. (Russisch.)

3. Jullien. Traité pratique des maladies veneriennes. Paris. 1886.

4. Mickley. Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis. Berlin. 1896. Inaugural-Dissert.

5. Neumann. Syphilis. Wien. 1899. 2. Aufl.

6. Petersen. Ulcus molle. Arch. f. D. u. Syph. 1895. B. XXX.

7. Petersen. Die Verbreitung der Syphilis etc. in Russland. Berlin. 1899.

8. Töply. Die venerischen Krankheiten in den Armeen. Archiv f. Derm. u. Syph. 1890.

9. Tschernogubow. Protocolle der Moskauer venerologisch-derm. Gesellschaft. Moskau. 1894. (Russisch.)

10. H. Zeissl. Lehrbuch der Syphilis. Wien. 1882. 4. Aufl.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Bericht über die Verhandlungen der dermatologischen Section des VII. Pirogoff'schen Congresses russischer Aerzte zu Kasan.

Nach dem Tagebuche des Congresses zusammengestellt

von

Dr. **A. Grünfeld,** Odessa.

I. Sitzung.

Präsident: Prof. Tarnowsky, Vice-Präsident: Prof. Obrassow.

Prof. B. M. Tarnowsky spricht über die **„Heilbarkeit der Syphilis"** und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Syphilis ist in allen Perioden ihrer Entwickelung heilbar. Die Krankheit kann ausschliesslich durch Primärerscheinungen sich begrenzen. Oefters tritt Genesung erst nach Entwickelung der zweiten Periode der Syphilis ein. Schliesslich kann vollständige Heilbarkeit erst in der dritten gummösen Periode stattfinden.

2. Rechtzeitige Behandlung mit Quecksilber und Jod spielen in Tarnowsky's Beobachtungen die Hauptrolle für die Heilbarkeit, erschöpfen aber bei Weitem nicht sämmtliche für die Genesung nothwendigen Bedingungen und verringern nicht die Bedeutung derselben.

3. Für letztere spielen eine bedeutende Rolle folgende Momente: starker Bau des Körpers, Fehlen von hereditären krankhaften Dispositionen und guter allgemeiner Gesundheitszustand, welcher weder von vorhergegangenen Krankheiten, noch von chronischen Vergiftungen belastet war.

4. Unter allen übrigen gleichen Bedingungen (Behandlung, hereditäre Belastung, Bau, Lebensart, Klima u. s. w.) hat den grössten Einfluss auf die Syphilisbehandlung der Grad der Widerstandsfähigkeit dem syphilitischen Contagium, welches jedem Organismus zukommt. Diese Frage ist von Tarnowsky bei Weitem noch nicht geklärt worden.

5. Für erfolgreiches Studium der genannten Widerstandsfähigkeit und ebenso für die weitere Klärung der übrigen für die Syphilisgenesung



nothwendigen Bedingungen sind mehrjährige, genaue Beobachtungen erforderlich. Letztere müssen vor Allem glaubwürdige und nicht einzelne, sondern massenhafte sein, da das Anführen von seltenen und Ausnahmefällen leicht zu falschen Schlüssen führen kann.

6. Die Gefahr, welche die Syphilis für den inficirten Organismus mit sich bringt, besteht nicht so viel in den Erscheinungen der Krankheit selbst, welche zumeist mit Erfolg von den jetzigen Behandlungsmethoden sich bessern, sondern in der Localisation dieser Symptome und in den parasyphilitischen Processen.

7. Die Dauer der sog. latenten Syphilis hängt nicht soviel von den Eigenschaften des Krankheitsprocesses selbst ab, wie viel von dem Grade unserer Kenntnisse und Aufmerksamkeit, mit welchen wir unsere Patienten beobachten.

An den darauf gefolgten Debatten betheiligten sich Obraszow, Wischemirsky, Tarnowsky, Selenew und Gay, von denen die meisten die Ansichten Tarnowsky's befürworteten.

In derselben Sitzung demonstrirten Prof. Gay einen **Patienten mit Sclerose des rechten oberen Augenlides** und Dr. Himmel 3 Fälle mit **Lupus vulgaris**, welche mit Röntgenstrahlen behandelt wurden.

II. Sitzung.

Präsident: Prof. v. Petersen. Vice-Präsident: Prof. Selenew.

Zur Besprechung kam das von der Section aufgestellte Thema: **„Reinfectio syphilitica nach den Angaben russischer Aerzte."**

Als erster Referent über diese wichtige Frage spricht Prof. Gay.

In Folge einer grossen Menge von faktischem Material (35 Krankengeschichten), gelangte dasselbe nicht zum Drucken im Tagebuche, sondern wird ausführlich anderen Orts erscheinen. Die von Prof. Gay aufgestellten Thesen lauten:

1. Reinfectio syphilitica muss als unzweifelhaftes Factum anerkannt werden.

2. Reinfectio syphilitica wird beobachtet nicht nur nach der gummösen Periode, sondern sie kann sich entwickeln auch nach der condylomatösen Periode.

3. Bei den jetzigen Behandlungsmethoden der Syphilis sollen Fälle von Reinfectio syphilitica nach der condylomatösen Periode immer öfters und öfters vorkommen.

4. Die Zeit, welche zwischen zweien Syphilisinfectionen vergeht, ist bedeutenden Schwankungen unterworfen; dieselben sind von vielen Bedingungen abhängig. Die Zwischenzeit muss jedoch jetzt noch ein unbestimmtes Minimum haben.

5. Die Correlation der Anfälle der ersten und zweiten Syphilisinfection untereinander unterliegt keiner bestimmten Norm, weil sie schwanken kann in Folge sehr vielen von der Infection unabhängigen Bedingungen.



6. Die während der Reinfectio syphilitica sich entwickelnde ausschliessliche Sclerose, ohne nachfolgende Syphilide, verdient volle Aufmerksamkeit resp. als Symptom von Reinfectio.

7. Reinfectio syphilitica ist als wesentlicher Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis anzusehen.

Darauf berichtete Dr. Damperow (Kasan) über **einen Fall von Reinfectio syphilitica** bei einem 19 Jahre alten Manne. Die Reinfection stellte sich beim Patienten 2 Jahre und 2 Monate nach der ersten Syphilisinfection, und zwar 3—4 Monate nach dem Beenden der letzten 8. Tour der Behandlung ein. Die erste Infection verlief im Allgemeinen gutartig, während bei der Reinfection der Krankheitszustand bedeutend schwerer war.

Die dritte Mittheilung **über Reinfectio syphilitica** machte der langjährige Assistent von Prof. Gay, Dr. W. F. Burgsdorff.

Vortragender stellte die Casuistik der Reinfectio syphilitica nach den Krankengeschichten der dermatologischen Klinik der Universität Kasan zusammen. Dieselben umfassen einen Zeitraum von 18 Jahre (1881—1899). Im Ganzen sind auf 4520 Syphilitiker 8 Fälle mit Reinfectio syphilitica zu verzeichnen, d. h. auf 565 Fälle von Syphilis kommt 1 Fall mit Reinfectio vor. Zu diesen 8 zählt Burgsdorff noch 2 von ihm in der Privatpraxis beobachtete Fälle. Burgsdorff führt die 10 Fälle auf einzelnen Tabellen an und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Sämmtliche Fälle (9 Männer und 1 Frau) mit Reinfectio syphilitica betreffen Russen von verschiedener Classe und Profession. 2. Mit Ausnahme von 2 Patienten, bei welchen die erste Infection im Kindesalter vorkam, geschah die erste Syphilisinfection im Alter von 23 bis 41 Jahre und betrifft zumeist (8) unverheiratete. 3. In der einen Hälfte der Fälle trat die Reinfectio nach vorhergegangener condylomatöser und in der anderen Hälfte nach gummöser Syphilis. 4. In allen Fällen trat die Reinfectio bedeutend später nach den Erscheinungen secundärer Lues, und nur in einem Falle traf die Reinfectio zusammen mit den Resten von tuberösem Syphilid. 5. Die Reinfectio wurde per coitum erworben. 6. 6 Fälle von Reinfectio sind in Kasan selbst geschehen. 7. Unter den Reinficirten war in einem Falle nur Sclerose zu verzeichnen, in 3 Fällen ausser Sclerose Schwellung der Lymphdrüsen und in 6 Fällen Secundärerscheinungen.

Zum Schlusse äusserte Burgsdorff seine Uebereinstimmung mit den Thesen, welche Prof. Gay in Betreff der Reinfectio syphilitica angeführt hat (s. oben).

Es ist nicht zu bewundern, dass das im höchsten Grade interessante Thema zu lebhaften Debatten geführt hat. An denselben betheiligten sich die anwesenden bedeutenden Syphilidologen Russlands und mehrere Landschaftsärzte, von denen Dr. Grünberg und Dr. Schapiro über zwei von ihnen beobachtete Fälle mit Reinfectio syphilitica berichteten. — Ausserdem berichtete Prof. Gay über einen von ihm zum ersten Mal und von Niemandem bis jetzt beschriebenen Fall von dreifacher Infection mit Syphilis.



Zum Schlusse der Debatten fasste die Section den Beschluss: die Landschaftsärzte, welche oft in den Händen ausgezeichnetes Material besitzen, zu ersuchen, die für die Frage wichtigen Notizen zu sammeln und dem Organisationscomité des Pirogoff'schen Congresses einzusenden.

Während der Pause demonstrirte Prof. Gay ein Präparat und zwei Abbildungen von Dracunculus v. Filaria medinensis, welche Dr. Dobrowolsky in Turgai (Turgaisches Gebiet) zu beobachten Gelegenheit hatte.

Darauf folgte ein Vortrag von Prof. F. Selenew „über die Rolle der Syphilis in der Aetiologie der Hautkrankheiten". Vortragender berührte die Frage über die sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen (Fournier) und weiste darauf hin, dass dieses in praktischer und wissenschaftlicher Beziehung wichtigste Capitel der Syphilidologie sorgfältige Bearbeitung verdient. — Selenew bespricht ausführlich die parasyphilitischen Erkrankungen der Haut, weil diese anscheinend sehr oft vorkommen und die Kenntniss derselben in diagnostischer und therapeutischer Beziehung von Wichtigkeit sind. Folgende Gruppen dienen als Beweis für den grossen Zusammenhang zwischen den syphilitischen Hauterscheinungen und der Dermatologie — ein Umstand, welcher von vielen Autoren und von Selenew selbst nicht selten beobachtet wurde.

Diese Gruppen sind:

1. Erytheme: Erythema nodosum, Erythema exsudativum multiforme.

2. Eczeme: Eczema chronicum vulgare und Eczema seborrhoicum.

3. Blasen- und Bläschenerkrankungen der Haut: Herpes zoster, facialis et progenitalis, Pemphigus.

4. Urticaria und Hautödeme: Urticaria und eiweissfreie Oedeme der Haut bei Syphilitikern, Myxoedema.

5. Knötchen: Lichen ruber.

6. Keratosen: Lichen pilaris, Keratosis folliculorum, Keratosis mannum et pedum, Clavi, Ichthyosis, Psoriasis, Cornu cutaneum.

7. Pustulo-papulöse Exantheme und Geschwüre: Acne, Sycosis, Folliculitis destructiva capillitii, Ulcera cruris, Gangraena symmetrica.

8. Haemorrhagien: Purpura, Scorbutus, Sarcoma pigmentosum idiopathicum Kaposi.

9. Hypertrophien und Atrophien der Haut und ihrer Adnexe: Keloid, Sclerodermie, Elephantiasis, Striae et Maculae atrophicae, Alopecia areata, Melanodermia.

10. Neubildungen (gemischte Infection) Rhinoscleroma, Carcinoma, Lupus, Molluscum sebaceum.

11. Paraesthesien (Jucken u. s. f.), Hyperaesthesien und Anaesthesien der Haut (Symptome der Syringomyelie u. s. w.).



Nach ziemlich ausführlicher Besprechung der einzelnen Gruppen und Angaben auch über eigene Beobachtungen, resumirte Selenew das aufgestellte Thema folgendermassen:

1. Die Syphilis ist von grosser Bedeutung für die Aetiologie der Hautkrankheiten.

2. Die Syphilis kann erscheinen in Form von systematisirten Hautkrankheiten (Erytheme, Ekzeme etc.) oder Erkrankungen der Adnexa (Haare, Pigment) ohne andere pathognomonische Hautsyphilide.

3. Die Syphilis kann Anstoss geben zur Entwickelung von Hautleiden hauptsächlich trophoneurotischen Charakters, welche gleichzeitig oder sogar vor der Entwicklung der Syphilide sich bilden.

4. Bei der Bildung des primären syphilitischen Exanthems bei Personen, welche bereits an einer trophischen Hautkrankheit leiden, kann ersteres die Localisation und äussere klinische Charakteristik des Hautleidens annehmen.

5. Bei Berücksichtigung der trophoneurotischen Natur der meisten aufgezählten Hautleiden kann der Verlauf von gemischter Syphilis sehr schwer und galoppirend sein und hauptsächlich das Nervensystem befallen.

6. Die Syphilis ruft Hautkrankheiten wahrscheinlich durch ihren Einfluss auf das centrale sympathische und periphere Nervensystem hervor.

7. Die Syphilis liefert den Geweben und der Haut Producte, welche für die Secundärinfection günstig erscheinen und zur Bildung von Granulomen dienen (Tuberculose, Lepra, Rhinoscleroma, Carcinom etc.).

8. Die Syphilis ruft hervor: a) gefässartig-nervöse Veränderungen, welche die hämorrhagische Diathese und Neubildungen mit Hämorrhagien begünstigen, z. B. idiopathische multiple pigmentöse Sarcomatose der Haut (Kaposi); b) bindegewebige Veränderungen, welche Neubildungen begünstigen, z. B. Keloid etc.

9. In den angeführten Beziehungen hat anscheinend die frische und hereditäre Lues ein und dieselbe Bedeutung.

10. In denjenigen Fällen, wo die Syphilis Entwickelung von Hautkrankheiten durch frische Producte verursacht, welche zur Regressirung und Resorption führen können, hat die specifische antiluetische Behandlung Sinn und auch Effect und kann zur Heilung des Hautleidens führen. In diesem Sinne ist auch die Heilung der parasyphilitischen Erscheinungen möglich.

Eine Erwiderung und eine übereinstimmende Nichtanerkennung der von Selenew aufgestellten Theorien stammte von Seiten Gay, Obraszow und Tarnowsky. Darauf erwiderte wieder Selenew und versuchte die Richtigkeit seiner Meinung zu beweisen.

III. Sitzung.

Präsident: Dr. N. M. Dolgopolow, Vice-Präsident: Dr. W. A. Baranow.

Zur Besprechung kam das auf Veranlassung von Prof. Selenew von der Section aufgestellte Thema: „Verbreitung der Hautkrankheiten



in Russland im Zusammenhange mit einigen ätiologischen localen Momenten. Bedeutung der Race, Klimas, Bodens, Beschäftigung, Nahrung, Infection etc."

In kurzen Worten wies Prof. Selenew auf die Wichtigkeit des aufgestellten Themas hin — eine Frage, welche bis jetzt in Russland noch keine Bearbeitung gefunden hat.

Darauf hielt Prof. v. Petersen einen Vortrag „Ueber die Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland".

Als einzigen Weg zur Klärung der genannten Frage sieht Petersen, und mit grossem Rechte (Ref.), in allgemeiner Untersuchung, welche nicht immer leicht auszuführen möglich ist. Als Beweis, dass derartige Untersuchungen interessantes Material schaffen können, führt Petersen seine Untersuchungen unter den Gardesoldaten Petersburgs an. Von den Soldaten hat kein einziger sich über irgend ein Hautleiden beklagt und doch konnte Vortragender unter 8470 Soldaten 5470 mit Hautleiden behafteten constatiren, d. h. 64·6 %. Selbstverständlich ist die Procentzahl unter der armen Bevölkerung bedeutend grösser.

In der Sitzung führte dann v. Petersen verschiedene Tabellen über die Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland nach den Angaben des medicinischen Departements an. Auf Grund des vorgestellten Materials glaubt v. Petersen folgende Schlüsse ziehen zu können:

1. Bis dato existirt keine Statistik über die Verbreitung der Hautkrankheiten weder in Russland, noch im Auslande; es sind bloss Berichte vorhanden, welche aus Krankenhäusern, Privatheilanstalten und der Privatpraxis stammen.

2. Die Berichte des medicinischen Departements, ungeachtet auf die mangelhaften Daten derselben, verdienen volle Aufmerksamkeit als die einzige existirende Quelle zur Beurtheilung über die Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland.

3. Aus den Berichten ist zu entnehmen, dass die Zahl der Hautleidenden sich mit jedem Jahre vergrössert.

4. In den Berichten soll besondere Aufmerksamkeit den ansteckenden Hautkrankheiten geschenkt werden, und ausser Lepra und Scabies soll noch eine Rubrik für Favus eingeführt werden.

5. Die Verbreitung der Scabies verdient ernste Aufmerksamkeit, weil der Grad der Verbreitung als Zeiger der sanitären Kenntnisse und Culturhöhe der Bevölkerung dienen kann. In den Städten kommt bedeutend weniger Scabies vor, als auf dem Lande und wenn wir die Bevölkerung an die Behandlung der Scabies gewöhnen, richten wir dieselbe auch zur Sauberkeit und Desinfection ab.

Den dritten Vortrag über das aufgestellte Thema hielt A. A. Chitrowo unter dem Titel: „Materialien zur Statistik der venerischen und Hautkrankheiten nach den Daten der Ambulanz der dermatologischen Klinik von Prof. Gay in Kasan" und demonstrirte die gesammelten Kartogrammen.



Während der zehn letzten Jahre (1889 — 1898) sind im Ganzen 15.190 Fälle untersucht worden. 6729 betreffen venerische Leiden, 6561 Hautkrankheiten und 1900 verschiedene Krankheiten. Unter den venerischen Krankheiten steht in erster Reihe die Syphilis mit 3963 Fällen, oder 58·9%, dann Gonorrhoea mit Complicationen 2403, oder 35·7% und 363 Fälle, oder 5·4% mit Ulcus molle. Die erste Periode der Syphilis kam zur Beobachtung in 392 Fällen, d. h. 9·9%; die zweite Periode — in 1143 Fällen, d. h. 28·9% und 2004 (= 50·6%) waren von Lues gummosa befallen; Lues hereditaria kam in 424 Fällen (= 10·6%) vor. — Somit fällt mehr als die Hälfte auf tertiäre Lues, mit welcher am meisten die Angereisten befallen sind — ein Factum, welches seine richtige Erklärung darin findet, dass die Kranken nicht rechtzeitige und mehr oder weniger bequeme medicinische Hilfe in der Ferne auf dem Lande bekommen und bereits beim Auftreten der schweren Formen sich erst in die Stadt Kasan begeben. — Diese Form befällt auch am meisten die Bauern, welche sich mit Ackerbau beschäftigen, während die frische Form (I. und II. Periode) der Syphilis mehr unter die Stadtbewohner und hauptsächlich Gewerbeleuten zur Beobachtung kommt.

Die 363 Fälle mit Ulcus molle vertheilen sich folgendermassen:

1889 — 24 Fälle	1894 — 52 Fälle
1890 — 20 „	1895 — 26 „
1891 — 10 „	1896 — 16 „
1892 — 52 „	1897 — 55 „
1893 — 58 „	1898 — 50 „

Die 2403 Fälle mit Gonorrhoea und Complicationen vertheilen sich wie folgt:

Urethritis acuta	22·9%	(550 Fälle)
Urethritis chronica	24·9 „	(599 „)
Urethritis subacuta	12·2 „	(292 „)
Epididymitis et orchitis dextr.	5·0 „	(121 „)
Epididymitis et orchitis sin.	4·2 „	(103 „)
Epididymitis et orchitis duplex	1·3 „	(32 „)
Hydrocele chronica	1·4 „	(34 „)
Epididymitis et Orchitis	1·4 „	(34 „)

Phimosis 1%, Paraphimosis 0·4%, Abscessus periurethralis 1%, Cowperitis 0·4%, Strictura verethrae 2·1%, Balano-Posthitis 3·7%, Prostatitis 1·4%, Cystitis acuta 2·5%, Cystitis chronica 3%, Hyperaesthesia urethrae 2·1%, Bartolinitis 0·1%, Vulvitis et vaginitis 1·8%, Condylomata acuminata 3·3%.

Die 6561 Hautfälle zeigten folgende Leiden auf:

Eczema ac. et subac.	29·4%	Prurigo	3·2%
Eczema chronicum	13·3 „	Furunculosis	3·1 „
Scabies	5·3 „	Psoriasis vulg.	2·9 „
Acne vulgaris	4·4 „	Herpes tonsur.	2·1 „
Ulcera vulgaria et erosiones	2·1 „	Impetigo contag.	2·0 „

und alle anderen Formen der Hautkrankheiten unter 2%.



Die Debatten in dieser Sitzung bezogen sich auf alle drei Vorträge und es wurde u. A. der Wunsch geäussert, dass bei der Registrirung der Kranken auch Aufmerksamkeit den verschiedensten ätiologischen Momenten überhaupt und speciell den Hautkrankheiten geschenkt werden soll, da das Material nach den Daten des medicinischen Departements zur Zeit wenigstens nicht als zuverlässig angesehen werden kann und daher leicht zu Irrthümern führt. — Wichtige Bemerkungen machten Obraszow, Tarnowsky, Baranow, Solotawin, Friedland und Belajew, was Prof. v. Petersen viel Freude bereitete, da sein Vortrag hauptsächlich zu lebhaften Discussionen führte und dadurch den Beweis lieferte, dass die Frage über die Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland bereits reif ist.

Darauf folgten noch drei weitere Mittheilungen.

1. **P. J. Ermakow**. Behandlung der Syphilis mit „Haemolum hydrargyro-jodatum Kobert-Merck". (Aus der Klinik des Prof. Selenew-Charkow). — Im Ganzen wurde das Präparat bei 40 Syphilitikern angewandt. In 6 Fällen kam das Präparat per os in Form von Pillen (Rp. Haemol. hydr. jodat. 10·0. Pulv. et Extr. Liquir. q. s. ut f. Pil. N. 150. S. 3 Mal täglich je 2 Pillen während der Mahlzeit zu nehmen).

Die Zahl der Pillen wurde allmälig vergrössert, je nach dem wie es der Magendarmtractus verträgt.

In den übrigen 34 Fällen wurden tiefe intermusculäre Einspritzungen in die Glutaei gemacht. — Das Präparat wird mit Oleum vaselini steril. zu einer Emulsion vermengt und je 0·06—0·09 (Haemol. hydr. jodati) pro dosi injicirt. Im Ganzen sind 686 Einspritzungen gemacht und 50 Blutuntersuchungen ausgeführt worden. Ermakow fasst die von ihm gewonnenen Resultate folgendermassen zusammen:

1. Haemol. hydr. jodatum per os in Form von Pillen eingenommen, ruft oft Leibschmerzen und Durchfälle hervor.

2. Die Roseola syphilitica blasst ab nach Einnahme von 50—80 Pillen und schwindet nach 120 Pillen.

3. Die Resorption des papulösen Ausschlages beginnt nach der Einnahme von 120 Pillen.

4. Bei pustulös-papulöser Form hören neue Syphilid-Eruptionen erst nach der Einnahme von 120 Pillen auf und darauf beginnt das Regenerationsstadium.

5. Bei intermusculärer Einführung von Haemol. hydr. jodatum schwindet die Roseola nach 8, 10 und 15 Injectionen je nach dem Quantum des Präparates in jeder Einspritzung.

6. Die Resorption des papulösen Ausschlages vollzieht sich nach 10—15 Injectionen.

7. Bei den untersuchten Dosen kamen keine Erscheinungen von Hydrargyrose und Jodismus zur Beobachtung; Infiltrate an den Injectionsstellen kommen selten vor, sind diffus und resorbiren sich schnell, ohne irgend welche Spur nachzulassen.

8. Zu Ende der Behandlung steigt die Menge der rothen Blutkörperchen im Blute von 500.000 bis auf 1,000.000 in 1 Cmm.; die vergrösserte Menge der weissen Blutkörperchen geht bis auf 6000—5000 in 1 Cmm. herab; die verringerte Hämoglobinmenge vergrössert sich auf 3—4 Procent.

9. Das Quecksilber ist im Harne leicht nach der Methode von Stukowenkow und Wischemirsky nachweisbar. Die Menge des im Harne nachgewiesenen Quecksilbers hängt von der Menge des eingeführten Haemolum hydrargyrojodatum ab, ist aber nicht immer proportional in demselben.

10. Das Körpergewicht erhöht sich um 6, 8 und 10 Kilogramm.

11. Das allgemeine Aussehen und der Zustand der Patienten hat sich bedeutend gebessert.

2. J. Damperow. „Zur Behandlung der Syphilis: Wie die Syphilitiker sich curiren."

Auf Grund der gemachten Beobachtungen in der Ambulanz des Kasan'schen Gouvernements - Landschaftsspitals kommt Damperow zu der Ueberzeugung, dass die Syphilitiker aus der Reihe der nichtcultivirten Bevölkerung nachlässig der Behandlung sich unterziehen.

Die Syphilitiker, welche die Ambulanz besuchen, machen eine genügende Cur durch und bevorzugen die intramusculären Injectionen von Hydrargyrum salicylicum. Zum Schlusse plaidirt Damperow für die Errichtung von Ambulatorien speciell für Syphilitiker, wo die Kranken ausser unentgeltlicher medicinischer Hilfe auch Medicamente gratis erhalten sollen.

3. Darauf folgte ein Vortrag von **M. G. Smirjagin**: „Zur Frage über die Wirkung der Schwefelbäder von Pjatigorsk."

Auf Initiative und unter Leitung von Prof. Selenen führte Smirjagin Untersuchungen des Blutes, Pulses, Respiration, Temperatur, Körpergewicht, Quecksilberausscheidung und über die elektrische Wirkung der Bäder aus. Im Ganzen sind 149 Blutuntersuchungen auf sechs Patienten ausgeführt worden, von welchen 139 täglich bei 2 Individuen vor und nach dem Bade gemacht wurden. — Die Beobachtungen zeigten, dass nach den Schwefelbädern insbesondere von hoher Temperatur, die Menge der rothen sowie weissen Blutkörperchen sich vermehrt.

Die Menge des Hämoglobins vergrössert sich gewöhnlich während der Zeit des Gebrauches der Schwefelbäder und befindet sich auf derselben Höhe noch eine Zeit lang nach dem Gebrauche, während die Menge der rothen Blutkörperchen zur selben Zeit wieder zur gewöhnlichen Zahl, welche vor dem Gebrauche der Bäder war, zurückkehrt.

Unmittelbar nach dem Gebrauche eines Schwefelbades tritt eine Erhöhung der Temperatur unter den Achselhöhlen ein (um 0·1—0·8°). Zur selben Zeit tritt auch Beschleunigung des Pulses und der Respiration ein.

Während der Wannenperiode fällt das Körpergewicht und nach derselben nimmt das Körpergewicht zu.



Die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Harn während der Behandlung mit Quecksilber und Schwefelbädern geschieht ungleichmässig. — In sämmtlichen Wannenbädern von Pjatigorsk sind elektrische Ströme vorhanden, welche den Körper passiren.

Während der Debatten machte Dr. Wischemirsky darauf aufmerksam, dass ausser den Schwefelbädern auch die guten klimatischen Bedingungen von Pjatigorsk in Kauf genommen werden müssen, wenn man über die guten Resultate beim Verlauf der Syphilitis in Pjatigorsk spricht.

Nächster Vortrag gehörte Prof. J. F. Selenew und Dr. K. P. Szekin und lautete: „Zur Frage über die Veränderungen der Herzthätigkeit während der zweiten Incubation und der Exanthemperiode der Syphilitiker“ (Sphygmochronographische Untersuchung).

Die Untersuchungen wurden bei 20 jungen Soldaten (bis zum 25. Lebensjahr) vorgenommen und ergaben folgende Resultate:

1. In sämmtlichen Fällen konnte während der zweiten Incubationsperiode an der Arteria radialis ein dikrotischer Puls constatirt werden.

2. Zu Ende derselben Periode, vor dem Auftreten des Exanthems, trat der dikrotische Charakter des Pulses deutlich auf.

3. Ebenso deutlich dikrotisch wurde der Puls zu Beginn des Ausschlages, während der Quecksilberbehandlung und im Verlaufe der recidivirenden Roseola.

4. Nach einer gewissen Periode der Behandlung mit Injectionen von benzoësaurem Quecksilber, wird der Puls von Neuem normal.

5. Zwischen den Abnormitäten des Pulses und der Intensität der Hautsyphilide bestehen keine Beziehungen.

6. Die in einem Falle 12 Tage nach dem Beginne der Roseola entstandenen Veränderungen im Herzrhythmus (Herzklopfen und Arrhythmie), im systolischen Tone (Geräusch) und in den Grenzen (schwach ausgesprochene Erweiterung) verschwanden nach der antisyphilitischen Behandlung mit 27 Injectionen von 1% benzoësaurem Quecksilber.

Während der Debatte machte Dr. Wischemirsky darauf aufmerksam, dass das jetzt gelieferte klinische Bild seine volle Bestätigung in den Angaben der pathologischen Anatomie findet und noch in letzter Zeit durch die Arbeiten von Pawlow und Loktew geliefert wurde.

Zum Schluss der interessanten Sitzung kamen noch zwei gediegene Vorträge zum Verhör.

I. Dr. A. P. Poltawzew berichtete „Ueber die Veränderungen der Glandula thyreoidea bei Syphilitikern im Laufe der zweiten Incubation und der Exanthemperiode“. (Aus der dermatol. Klinik der Charkower Universität.)

Messungen der Glandula thyreoidea wurden bei 85 Syphilitikern vorgenommen (in 45 Fällen während der 1. Periode (Ulcus indur.), in 40 Fällen seit dem Momente der ersten Exanthemflecke). — Die Patienten wurden in der ersten Periode local behandelt und in der zweiten mit



Injectionen von 1% benzoësaurem Natron. — Die Messungen der Schilddrüse wurden täglich zu ein und derselben Zeit während des Aufenthaltes des Patienten auf der Klinik vorgenommen. — Die gemachten Beobachtungen erlauben Poltawzew folgende Schlussresultate zu verzeichnen:

1. Die Schilddrüse nimmt bei den Syphilitikern Antheil in der Erkrankung.

2. Die Betheiligung der Schilddrüse im syphilitischen Processe ist manchmal unseren objectiven Untersuchungen zugänglich und äussert sich in unbedeutender Vergrösserung des Organs in Folge Blutüberfüllung. Letztere hängt wahrscheinlich von der Reizung der Vasodilatatoren der Drüse durch das specifische Gift ab.

3. Die zeitweise Vergrösserung der Drüse in der frühen condylomatösen Periode der Syphilis darf auf keinen Fall zu den unschuldigen Erkrankungen gerechnet werden, denn sie kann zu tiefen und dauernden Veränderungen der Organgewebe führen. (Im Falle von Poltawzew war kelloide Degeneration beobachtet.)

4. Die stark ausgesprochene Schwellung der Schilddrüse, die sog. syphilitische Struma bei den frühzeitigen Syphilitikern ist zu den einzelnen und ausschliesslichen Fällen zu zählen.

II. J. M. Himmel (Kasan): „Ueber die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf Lupus vulgaris und Nebenwirkung derselben auf die Haut und Adnexa."

Auf Anregung von Prof. Gay versuchte Himmel die Anwendung der Röntgenstrahlen in 4 Fällen von Lupus vulgaris. In einer Reihe von Versuchen wirkten die Röntgenstrahlen auch auf die unbeschützte gesunde Umgebung, während in einer anderen Reihe von Versuchen die gesunde Haut durch 3 Mm. dicke Bleischeiben von der Einwirkung der Scheiben geschützt wurde. Im Ganzen sind 11—14 Seancen ausgeführt, welche durchschnittlich 15—30 Minuten dauerten. Die Stärke des Accumulatorstromes war 2 A. und 21 V.

Die von Himmel aufgestellten Thesen lauten folgendermassen:

1. Die Röntgenstrahlen haben eine günstige Wirkung auf Lupus vulgaris.

2. Die Röntgenstrahlen wirken bedeutend stärker auf das lupöse Gewebe, als auf die normale Haut.

3. Die Röntgenstrahlen in toto rufen Nebenerscheinungen hervor, und zwar Dermatitiden, Alopecie, Pigmentanhäufung und Netzhautreizung.

4. Die Krafteinwirkung der Röntgenstrahlen ist proportional der Dauer der Seances und der Strecke zwischen der Krux'schen Röhre und der Hautoberfläche.

5. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des lupösen Gewebes bestehen hauptsächlich in Nekrose der Lupusknoten.

6. Die Vernarbung der geschwürigen Hautpartien beginnt hauptsächlich von der Peripherie und schreitet sehr langsam fort.



7. Die Nebenerscheinungen — Alopecie, Anhäufung von Pigment und Netzhautreizung — vergehen nach Beendigung der Seancen verhältnissmässig nicht sehr schnell.

IV. Sitzung.

Präsident: Prof. Dehio. Vice-Präsident: Priv.-Doc. Gabritschewski.

Diese Sitzung war eine gemeinschaftliche für die dermatologische Section und die Section für Infectionskrankheiten nebst Bakteriologie.

Die Sitzung wurde nur einer wichtigen Frage gewidmet, welche das Thema der dermatologischen Section zu besprechen hatte, nämlich der **Frage über die Lepra in Russland.**

Als erster sprach der bekannte Leprologe Prof. K. Dehio, welcher wissenschaftlich und praktisch im Interesse der Lepra unermüdet seit mehr als zwei Decennien arbeitet.

Der interessante Vortrag, in welchem sehr wichtige, aus eigener Beobachtung stammende Facta vorgeführt sind, ist in den Archives russes de Pathologie, de médecine clinique et de Bactériologie (Red. Prof. V. V. Podvyssotzky) erschienen und wird in diesem Archive ausführlich referirt.

Als zweiter Referent in der Leprafrage trat auf Prof. v. Petersen, welcher bekanntlich noch vor mehr als einem Decennium bewiesen hat, dass Leprafälle in den meisten russischen Gouvernements vorkommen und dass unsere Residenzstädte selbst, insbesondere Petersburg, nicht frei von Lepra seien. Seit dieser Zeit studirte Petersen die Verbreitung der Lepra in Russland, worüber er am internationalen Congress in Moskau (1897) und auch auf der Lepraconferenz (Berlin 1897), als Vertreter der russischen Regierung, über seine interessanten und im höchsten Grade wichtigen Ergebnisse berichtete.

Somit war die Bearbeitung der Leprafrage von zwei angesehenen Leprologen für den Congress bearbeitet und die erwartenden Früchte geliefert.

In seinem Vortrage „Ueber die Verbreitung der Lepra in Russland und Bedeutung derselben für das Volkswohl" berichtete v. Petersen über die russischen Leprologen weil. Prof. Münch und v. Wahl, welche ihre Kräfte dem Studium der Verbreitung der Lepra in Russland widmeten. Auf Anregung von weil. Prof. v. Wahl bereiste Dr. Hellat das Gouvernement Livland, wo er 276 Lepröse constairte. In Folge der stets zugenommenen Aufmerksamkeit der Aerzte zum schrecklichen Leiden, sind immer öfters und öfters in verschiedenen Gegenden neue Lepraherde entdeckt worden.

Am III. Pirogoff'schen Congresse wurde zum ersten Mal von weil. Prof. Münch ein Vortrag über die Ansteckung der Lepra gehalten und seit dieser Zeit wurde die Leprafrage auf jedem Pirogoff'schen Congresse besprochen.



Die erste Frage des für den Congress aufgestellten Themas lautet: „Die Gegenden Russlands, welche von Lepra befallen sind und Vergleich derselben untereinander.“ — Bekanntlich ist im Jahre 1895 vom Medicinaldepartement angeordnet worden, dass im ganzen Reiche genaue Zählungen, resp. Mittheilungen über die Leprösen gemacht werden. Die Daten werden auf besonderen Karten, nach den Angaben des genannten Departements zusammengestellt, eingetragen und die örtliche Medicinalverwaltung an das Departement übersandt. Prof. v. Petersen und Dr. Grebenszikow bearbeiteten das auf diese Weise gewonnene Material. Es stellte sich nun heraus, dass die Zahl vom Jahre 1895—1897 auf 1200 sich beschränkte, während vom Jahre 1897—1899 die Zahl bedeutend zunahm und 1669 ausmachte. Die Zahlen, bemerkte mit Recht Prof. v. Petersen, sind bei weitem kleiner als die wirklichen. Jedenfalls konnte man aus den Daten schliessen, dass die Lepra in der Frühperiode verhältnissmässig wenig diagnosticirt wird und andererseits aber, dass jährlich neue Erkrankungen an Lepra sich bemerkbar machen.

In der zweiten Frage „Ueber die Bedeutung der Lepra für das Volkswohl“ machte Prof. v. Petersen darauf aufmerksam, dass obwohl zur Zeit das Leiden keine ernste Bedeutung für das ganze russische Reich haben kann, ist jedoch nicht zu vergessen, dass mit der Zeit die Angelegenheit ernster wird und eben aus diesem Grunde soll die Frage nicht stiefmütterlich behandelt werden.

Wenn man von Seiten einiger Aerzte zu hören bekommt, dass es viel mehr verbreitete Krankheiten gibt und deshalb die verhältnissmässig kleine Anzahl von Leprösen nicht berücksichtigt werden soll, so muss ich sagen, betonte v. Petersen, dass die Leprafrage sehr ernste Beachtung verdient eben solange die Zahl der Leprösen klein ist und man deshalb bedeutend leichter zum Ziele kommen kann. Es soll daher jeder einzelne Fall berücksichtigt und beobachtet werden, damit nicht grössere Herde entstehen. Es soll zugleich auch den Aerzten die Möglichkeit gegeben werden, immer mehr und mehr mit dem Leiden bekannt zu werden und durch letztere wird auch die Bevölkerung zur Ueberzeugung kommen, dass die Bekämpfung der Lepra nur dann zu Stande kommen kann, wenn die Aerzte und die Gesellschaft Hand in Hand gehen werden.[1])

Beide Vorträge von Dehio und v. Petersen, enthusiastisch empfangen, haben zu sehr lebhaften Debatten veranlasst, an welchen sich Prof. v. Petersen, Dr. Szeylon, Prof. Gay, Prof. Obrassow, Wissotzky, Lubinow, Dehio, Selenew und die Der. Gorochow, Arapow, Dolgopolow, Sabolotny und Wischemirsky bethei-

[1]) In den Ostseeprovinzen ist dank weil. Professor v. Wahl, Prof. Dehio, Dr. v. Bergmann, Dr. Hellat und einer ganzen Reihe von Zöglingen der alma mater Dorpatensis dies bereits anerkannt und wird mit grossem Erfolge an der Bekämpfung gearbeitet. Ref.



ligten. — Während der Pause demonstrirte Dr. Dolgopolow einen Patienten mit Adenoma sebaceum disseminatum; Prof. von Petersen demonstrirte Lepröse aus Astrachan und dem Gouvernement Nischni-Nowgorod, welche von den Dcr. Schmidt und Ljessowoi zugestellt worden sind. Weiter folgten Demonstrationen von makro- und mikroskopischen Präparaten von Leprösen von Prof. Ljubimow und ein photographisches Album von Leprösen des Gebietes der Don'schen Kosaken von Dr. A. Grünfeld (Odessa) zugeschickt.

Die Section fasste den Beschluss, dass es wünschenswerth erscheint, als eine der wichtigen Massregeln zur Bekämpfung der Lepra, für Aerzte aus verschiedenen Anstalten, in welchen sie im Dienste stehen, Abcommandirungen einzurichten behufs Studiums der Lepra in Leproserien und wissenschaftlichen Centren.

Damit wurde die Section für Dermatologie und Syphilis des VII. Pirogoff'schen Congresses, auf welchem die Dermatologie, dank der ausgezeichneten Organisation und unermüdeten Thätigkeit des Präsidenten, des verdienstvollen russischen Dermatologen Prof. Gay, besonders gefördert wurde, geschlossen.

Verhandlungen der Breslauer Dermatologischen Vereinigung.

IV. Sitzung vom 16. Juni 1900.

Vorsitzender: Neisser. Schriftführer: Chotzen.

---

1. Geschäftliche Sitzung:

Auf Antrag von Hrn. Neisser werden die Herren: Herrmann, Rau, Tomasczewski, Ploennings als ausserordentliche, die Herren: Witte-Posen, Stein-Görlitz als ordentliche Mitglieder, auf Antrag von Hrn. Harttung wird Hr. Hugo Goldschmidt-Breslau als ordentliches Mitglied aufgenommen.

Antrag Neisser: Als Jahresbeitrag werden fünf Mark erhoben, eventuelle Mehrkosten für Drucklegung werden entsprechend der von jedem Autor veröffentlichten Zeilenzahl vertheilt. — Wird angenommen.

2. Wissenschaftliche Sitzung:

Als Gäste sind anwesend: Hugo Goldschmidt-Breslau, Stein-Görlitz, Tajima, Tsutsui-Japan.

1. Herr **Scholtz** stellt eine Patientin mit **Mollusca contagiosa** des Gesichtes vor, welche bereits längere Zeit in der dermatologischen Klinik behandelt worden ist. Beachtenswerth ist an dem Fall die ausserordentliche Menge der Mollusca, welche an einer Stelle des Kinnes so dicht gedrängt stehen, dass ein fast haselnussgrosser prominirender Tumor entstanden ist. Auch die Augenlider sind an den Rändern befallen, was der sonst harmlosen Erkrankung in diesem Falle eine besondere Bedeutung verleiht. Auffallend ist, dass trotz der grossen Verbreitung der Mollusca im Gesicht, die Hände und der ganze übrige Körper der Patientin vollständig frei geblieben sind. Da die Körperchen in diesem Falle verhältnissmässig tief sassen, war eine Expression derselben bei den meisten zunächst nicht möglich und eine erhebliche Besserung der Affection wurde erst nach mehrfachen Schälcuren (Lassar'sche Paste) erreicht. Eine Anzahl der Mollusca, darunter diejenigen an den Lidrändern wurden mit Erfolg durch Elektrolyse zerstört. Ueber den Infectionsmodus liess sich nichts ermitteln.

2. Herr **Juliusberg: Ein Fall von circumscripten Atrophien der Haut.**

Bei der z. Z. 52jährigen in der königl. Universitätspoliklinik behandelten Frau G. bestehen neben einem Lupus vulgaris des r. Ober-

läppchens, der sich an zeitweiliges Tragen fremder Ohrringe angeschlossen hat und einem chronischen Eczem der Handteller eigenartige circumscripte Atrophien der Haut:

Die ältesten dieser Stellen entstanden um 1870 ohne bekannte Ursache auf der Brust in Form zweier kleiner runder Herde, die unter allmäliger Vergrösserung confluirten. Jetzt besteht dort eine 19 Ctm. breite, 10 Ctm. hohe, leicht atrophische, scharf umschriebene Hautstelle, die sich in feineren Falten als die Umgebung abheben lässt. In diesem Bezirk treten feine Teleangiektasien deutlich hervor. Die jetzt 9 Cm. lange 5 Cm. breite atrophische Stelle am Arm ist in den 80 er Jahren entstanden. Sie repräsentirt sich als scharf umschriebener, seidenartig glänzender, etwas bräunlicher Bezirk. Die Falten, die sich hier abheben lassen, übertreffen an Feinheit die Stelle an der Brust. Am linken Oberschenkel bemerkt man 2 kleine 5 pfennigstückgrosse Stellen von gleicher Beschaffenheit.

Irgend eine Erklärung dieser Atrophien zu geben, ist uns nicht möglich. Acute oder chronische entzündliche Vorgänge an den befallenen Stellen werden von der Pat. in Abrede gestellt. Für die lange Dauer der Affection dient eine Angabe in unserem poliklinischen Journal aus dem Jahre 1891 zum Beweis, wonach schon damals die Affection in ähnlicher Ausdehnung bestanden haben soll.

3. Herr **Hentschel** stellt einen 70jähr. Patienten mit **multiplen Tumoren an den Extremitäten, besonders den Armen**, vor. Von einer Vererbung in der Familie ist nichts bekannt. Die Tumoren sollen vor ca. 20 Jahren spontan entstanden sein, sind erbsen- bis wallnussgross, weich, unter der Haut verschieblich, leicht transparent. nicht druckempfindlich, die Haut darüber gut abhebbar, mit intacter Sensibilität und normaler Farbe.

In ihrer Anordnung ist eine Beziehung zu den Nervenbahnen erkennbar.

An dem Patienten finden sich ausserdem Rhinophyma, mehrere kleine Hauttumoren und eine grosse Anzahl von Naevi und Warzen aller Arten. Nach dem makroskopischen Befund handelt es sich wahrscheinlich um Neurofibrome (v. Recklinghausen). Histologisch konnte nicht untersucht werden, da Pat. keine Exstirpation gestattete.

4. Herr **Chotzen: Tuberculosis verrucosa cutis.**

Bei einem 61jährigen Theaterarbeiter hatte sich vor 8 Jahren im Anschluss an eine kleine Risswunde des 3. Fingers der rechten Hand ein Knötchen entwickelt. In der Umgebung dieses Knötchens schossen eine Anzahl gleichartiger Gebilde empor, so dass im Verlaufe eines Jahres die Haut der ersten Phalangen des 2., 3. und 4. rechten Fingers, sowie die der zugehörigen Metacarpalknochen in ihrem anstossenden Drittel von derartigen Knötchen besetzt war. Nach drei Jahren bildete sich wieder im Anschluss an eine unbedeutende Hautverletzung, eine oberflächliche Stichwunde, am linken Daumen-Metacarpo-Ulnargelenk ein markstückgrosser Knötchenherd von derselben Beschaffenheit wie rechts. (In Chotzen's Atlas der Syphilis ist auf Tafel 33 das Bild dieser Tuberculosis

verrucosa cutis vom Jahre 1895 wiedergegeben.) Unter 20% Pyrogallus-Resorbin-Salbe und Salicyl-Creosot-Guttapercha-Pflaster heilte die Affection völlig ab.

Nach weiteren drei Jahren entstanden an denselben Stellen der rechten Hand wieder neue Nachschübe, welche theils unter Pflasterbehandlung, theils spontan schnell abheilten.

Seit 6 Monaten — also nach 2jähriger Pause — traten an einzelnen der bereits früher befallenen Stellen Wucherungen auf, welche wiederum das typische Bild der Tuberculosis verrucosa cutis darbieten und theilweise wiederum spontan abheilten. Ein völlig neuer Herd von ungefähr 2 Ctm. Durchmesser und frisch entzündlichem Saume hat sich auf dem rechten Unterarme gebildet; einer Verletzung, an welche sich die Knötchenbildung angeschlossen haben könnte, vermag sich der Patient nicht zu erinnern.

Die Herde am 1., 2. u. 3. rechten Finger zeigen blasse graue Warzen auf flachnarbigem Grunde, welcher mässig verdickt, uneben höckrig, mit kleinen flachen Grübchen versehen, über das Niveau der übrigen gesunden Haut mässig hervorragt.

Die kleinen flachen Hautgrübchen sind nicht immer als die Reste von Gewebseinschmelzung anzusehen, denn beim Abhobeln der einzelnen warzenartigen Gebilde gehen zapfenartige Epithelkämme mit nach oben, welche in den zurückbleibenden Grübchen eingebettet waren.

Der Fall ist bemerkenswerth, weil er zeigt, wie sich die Erkrankung bei dem viel im Staube hantirenden Patienten direct im Anschluss an oberflächliche Verletzungen, also durch Eindringen eingetrockneter Tuberkelbacillen entwickelt hat; wie gutartig im Allgemeinen die Erkrankung verläuft da sie im Verlaufe von 8 Jahren nur geringe Ausdehnung genommen, nur um weniges die ursprünglich befallenen Bezirke überschritten und die Neuwucherungen nur auf den alten Gebieten entwickelt hat. Der Fall zeigt ferner, dass sich die Erkrankung nur in den oberflächlichsten Hautschichten abspielt, nur unbedeutende Gewebszerstörungen hervorruft und auch ohne besondere Behandlung sich rückbildet.

Discussion. Herr Neisser zeigt eine grössere Anzahl von Moulagen, welche auf ähnliche Fälle von Tuberculosis cutis verucosa sich beziehen. Er weist auf die grosse Schwierigkeit hin, eine strikte Trennung zwischen den verucösen und papillomatösen Lupusformen und der eigentlichen Tuberculosis cutis verucosa durchzuführen. Im Allgemeinen verlaufen letztere harmloser, langsamer und sind leichter zum Abheilen zu bringen; andererseits sei merkwürdig, dass es viel leichter sei, bei dieser Form Tubercelbacillen zu finden, als beim eigentlichen Lupus. Auch histologisch bestehe keine scharfe Scheidung.

Herr Oppler kann sich der Ansicht Neisser's von der Gutartigkeit dieser tuberkulösen Manifestation nicht anschliessen. Die Tuberculosis verrucosa cutis gehört allerdings zu den in den obersten Schichten der Haut localisirten tuberculösen Affectionen und muss in eine Reihe mit dem Leichentuberkel gestellt werden, doch gibt sie öfters Anlass



zur Verbreitung der Infection und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen. Er erinnert an einen Fall, bei welchem die grossen Lymphstränge des Armes im Anschlusse an einen Tub. verrucosa-Herd des Handrückens bis hinauf in die Achselhöhle erkrankt waren, dicke Stränge darstellten, die hier und da durch einen vereiterten Knoten unterbrochen wurden. Das Bild ähnelte durchaus nur, noch in stärkerem Masse ausgeprägt, an die bekannte Baretta'sche Moulage (Gommes scrophuleuses). Er erwähnt ferner die Zusammenstellung, welche Jordan in seiner Arbeit über die Tuberculose der Lymphgefässe der Extremitäten gegeben hat. Hier finden sich 19 Fälle von primären, d. h. sich an primäre tuberculöse Hautaffectionen anschliessenden, tuberculösen Lymphangitiden, von denen 13 durch Tuberculosis verrucosa cutis, 2 durch Leichentuberkel verursacht wurden.

Redner plaidirt daher für die augenblickliche radicale Entfernung jedes, auch des kleinsten und harmlosesten Herdes.

5. Herr **Lion** stellt die Pat. mit **streifenförmiger Sclerodermie**, welche er in der Februarsitzung (siehe dieses Archiv. Bd. LIII, p. 392) demonstriert hat, wieder vor. Damals wurde die Pat. in der dermatol. Klinik mittelst Elektrolyse behandelt. Die Therapie wurde in der früher beschriebenen Weise 4 Wochen lang durchgeführt und eine bedeutende Besserung damit erzielt. Danach wurde das von Unna empfohlene Thiosinaminpflaster (mittlere Stärke) applicirt. Dasselbe wurde 3 Wochen lang gut vertragen und wirkte günstig. Dann trat plötzlich eine acute Dermatitis auf, welche sich über den grössten Theil des Gesichts verbreitete. Seitdem nun diese abgeheilt ist, verursacht auch ein noch so kurz dauerndes Auflegen des Thiosinaminpflasters sofort eine ekzematöse Reizung. Der Erfolg der Behandlung ist ein äusserst befriedigender. Das sklerotische Gewebe ist jetzt völlig weich, über der Unterlage leicht verschieblich, nur der Plaque auf dem Nasenrücken ist noch etwas gelblich-bräunlich pigmentirt. Dies günstige Resultat ist neben der Elektrolyse zum grossen Theil dem Thiosinamin zuzuschreiben, das sich auch in andern Fällen (Sclerodermie, Keloiden, hypertrophischen Narben) in der Klinik sehr bewährt hat. Dass daneben auch die dazu getretene Dermatitis, d. h. entzündliche Reizung und die vermehrte seröse Durchtränkung, günstig auf das erkrankte Gewebe und seine Umwandlung gewirkt hat, ist immerhin möglich.

6. Herr **Lion**: **Lupus erythematodes** in Behandlung mit **Röntgenstrahlen.**

Der 37jährige Pat. leidet seit 15 Jahren an einem hochgradigen Lupus erythematodes, der fast das ganze Gesicht (Stirn, Nase, Wangen, einen Theil der Bartgegend und beide Ohren) befallen hat. Trotz aller — schon früher und seit 4 Jahren in der kgl. Klinik und Poliklinik — angewandten therapeutischen Massregeln (Pflaster, Salben, Waschungen; Auskratzung und Cauterisation) gelang es nicht, eine dauernde Besserung zu erzielen, wie aus dem Vergleich der Photographien von 1896 und Dec. 1899 zu ersehen ist.



Vortr. machte deshalb, angeregt durch die günstigen Berichte von Schiff und Freund über die Behandlung des Lupus erythematodes mit Röntgenstrahlen, Ende Dec. v. J. einen solchen Versuch. Zunächst wurde die rechte Wange an 13 aufeinanderfolgenden Tagen je 15 Minuten lang bei 20 Cm. Röhrenabstand (Stromstärke $3\frac{1}{2}$ Ampère, 32 Volt. ca. 1500 Unterbrechungen pro Min.) beleuchtet, bis eine Dermatitis auftrat, die sich nach wenigen Tagen zu einer oberflächlichen Ulceration ausbildete. Dieselbe zeigte das typische Bild des gelblich-grünlichen, feucht-glänzenden, nicht abstreifbaren, diphtheroiden Röntgenschorfes, wie er auch bei der Röntgenbehandlung anderer Hautaffectionen vielfach erzeugt wurde. (Demonstrationen von Moulagen von Lup. vulgar. in Behandlung mit Röntgenstrahlen.) Die Ulceration heilte dann (unter feuchten Verbänden und indifferenten Salben) in gewohnter Weise äusserst langsam und war erst Ende März völlig überhäutet. Die behandelte Stelle zeigte nun eine blasse, glatte, weder schuppende, noch infiltrirte Haut, die auch jetzt noch vollkommen normal erscheint. Unterdessen wurde auch Hirn, Nase und l. Wange in gleicher Weise in Behandlung genommen. Dieselbe ist noch nicht als abgeschlossen zu betrachten, doch ist schon jetzt eine deutliche Besserung zu constatiren. Die Haut ist leicht geröthet, aber nicht mehr schuppend und nicht infiltrirt, so dass Pat. ein auffallend viel besseres Aussehen bietet als vor Beginn der Röntgenbehandlung (Demonstration einer Moulage.) Nach dem Erfolg der Behandlung an der rechten Wange lässt sich aber ein noch günstigeres Gesammtresultat erwarten.

7. Herr **Schäffer** demonstrirt **2 Fälle von tuberösen Bromausschlag** an den Unterschenkeln. Bei dem erstem Fall, einer 18jährigen Patientin, war die gleiche Eruption schon vor 6 Jahren in der dermatologischen Poliklinik beobachtet worden, als sie wegen epileptischer Anfälle mehrere Monate hindurch Bromkali und Bromnatrium genommen hatte. Nach Aussetzen des Medicaments schnelle Abheilung.

Jetzt trat im Anschluss an mehrwöchentlichen Bromgebrauch wieder an der Streckseite beider Unterschenkel unter lebhafter Schmerzempfindung ein knotiger Ausschlag aus. Dieser setzt sich zusammen aus halbkugligen oder plateauartig erhabenen Efflorescenzen von ausgesprochen acut entzündlichem Charakter. Die Knoten sind im Centrum weissgelblich verfärbt. In der Umgebung kleinere Knötchen von demselben Aussehen mit deutlicher Entzündungszone, dazwischen zahlreiche Pusteln mit prall gespannter Decke.

Die zweite Patientin, eine 25jährige Frau, zeigt dieselben Veränderungen in noch stärkerer Ausbildung. Die Kranke nimmt gleichfalls wegen Epilepsie seit vielen Jahren Bromkali (in Pulverform). Nachdem sie bereits lange Zeit das Medicament ohne Nebenerscheinungen genommen hatte, trat erst nach Jahren (vielleicht nach Verstärkung der Bromdosis) das Exanthem an den Unterschenkeln auf. In letzter Zeit Wiederauftreten derselben Erscheinung nach 4 wöchentlichem Gebrauch der gleichen Bromkalimedication (3 Gr. Bromkali).



Beide Beine, besonders die Streckseiten, zeigen sehr zahlreiche eitrige Pusteln, entzündliche Infiltrate und knotige geschwulstähnliche Neubildungen. Sie bestehen aus einem röthlich verfärbten Wall und eitrig krustösen oder nässenden centralen Partien. Auffallend ist die sehr weiche Consistenz der grösseren Knoten. Sowohl die grossen wie die kleinen Efflorescenzen zeigen einen breiten Entzündungssaum. An beiden Unterschenkeln finden sich ganz oberflächliche weisse Narben, meist mit netzförmiger Zeichnung, als Reste der früheren (vor 4 Jahren aufgetretenen) Eruptionen. Hier und da greifen die frischen, namentlich pustulösen Herde auf die narbigen Partien über. Im Gesicht zahlreiche Pusteln. Spontane Schmerzen sind nicht vorhanden, dagegen sind die grösseren Knoten sehr druckempfindlich.

Die Diagnose ist in den beiden vorgestellten Fällen nicht schwierig, wenn man das charakteristische Krankheitsbild einmal gesehen hat. Vor einer Verwechselung mit Syphilis und Tuberculose (besonders der verrucösen Form) schützt die Berücksichtigung der schnellen Entwickelung, der überall deutlich ausgesprochene acut entzündliche Charakter der Neubildung und vor Allem der allmälige Uebergang der Pusteln zu den grossen Knoten. Auch in diesen selbst findet man einzelne vereiterte Partien. Die Polymorphie der Eruptionen rechtfertigt die Bezeichnung pustulöses, tuberöses, furunculöses, ulceröses, fungoides Bromexanthem und dergl.; ein grösserer Werth ist jedoch auf das Auseinanderhalten dieser in der Literatur oft besonders beschriebenen Formen nicht zu legen, vielmehr das gleichzeitige Vorkommen derselben bei ein und demselben Fall zu betonen. Die Vielgestaltigkeit der Bromexantheme illustrirt auch eine grössere Anzahl der Moulagen unserer Klinik, unter denen die eines Neugeborenen mit erythematöser Bromeruption von syphilisähnlichem Ausschlag besonders bemerkenswerth ist. Hier kann man die Aetiologie (Aufnahme von Brom durch die Milch) leicht übersehen und so zu einer Fehldiagnose kommen. (Demonstration der Moulagen.)

Die schweren Formen von Bromexanthem von geschwulstähnlichem Aussehen scheinen erst nach längere Zeit fortgesetztem Gebrauch des Medicaments aufzutreten, während die pustulösen Eruptionen öfters schon nach dem ersten Beginn der Medication sich zeigen. Wenn man auch annehmen muss, dass die entzündliche Neubildung durch die directe Einwirkung des Broms selbst zu Stande kommt, scheint es nicht leicht zu sein, dieses in dem Inhalte des Eiters und Gewebes nachzuweisen. Uns ist dies in keinem Falle gelungen. (Analyse durch Herrn Dr. Krüger, chemischem Assistenten der hiesigen Medicinischen Univ.-Klinik.)

Die in der Literatur mehrfach gemachte Angabe, dass nach einem einmal überstandenem Bromexanthem bei weiterem Gebrauch der Ausschlag nicht mehr auftritt, hat sich in unsern beiden Fällen nicht bestätigt. In dem zweiten Fall sind sogar an den früher befallenen Stellen mit narbiger Veränderung neue Bromeruptionen entstanden.

Die entzündlichen Erscheinungen sind bei unseren Patientinnen bereits im Rückgange, nachdem das Medicament ausgesetzt und gleichzeitig Arsen gegeben wurde (unter localer Behandlung mit feuchten Verbänden und Salicyl-Seifenpflaster). Bei der zuerst demonstrirten Kranken wird an Stelle von Bromkali Bromipin subcutan 10 Cbcm. des 10% Präparats pro injectione) gegeben; wir haben auch nach 3 Wochen kein Recidiv, vielmehr eine schnelle Abheilung des tuberösen Exanthems beobachtet.

8. Herr **Schäffer** stellt einen 70jährigen Mann mit einer fast über den ganzen Körper verbreiteten Hautaffection vor, die als eine **atypische Form von Lichen ruber planus** aufgefasst wird. Die Krankheit besteht seit etwa 10 Jahren und verursacht fast ununterbrochen sehr quälenden Juckreiz. Nässen trat niemals auf.

Als wir vor 3 Jahren zum ersten Male Gelegenheit hatten, den Patienten in der Klinik zu beobachten, zeigte sich uns ein ganz ähnliches Bild wie heute, nur war die Schuppung viel stärker, so dass zuerst an ein chronisches Eczem gedacht werden konnte. Indessen fiel bereits damals das deutlich chagrinirte und lichenoide Aussehen der grösseren Plaques auf. Durch Localbehandlung der verschiedensten Art wurde eine wesentliche Veränderung nicht herbeigeführt, nur der Juckreiz gemildert. Dagegen trat eine erhebliche Besserung ein, als Arsen subcutan und später innerlich gegeben wurde. Der Patient blieb dann längere Zeit ausser Beobachtung und nahm Arsen nicht weiter, worauf die Hautkrankheit schnell wieder unter unerträglichem Jucken an Intensität zunahm.

Gegenwärtig bietet die Hautaffection ein sehr mannigfaches und vielfarbiges Bild: Hellrothe, livide, dunkelbraune, dazwischen wieder depigmentirte Stellen, oberflächliche, kaum über das Niveau der gesunden Haut ragende Knötchen und schliesslich deutlich erhabene Neubildungen. Die frischesten Eruptionen — auch nach der Angabe des Patienten zuletzt aufgetreten — finden sich an den Oberschenkeln und Oberarmen in Gestalt hellröthlicher, nur leicht infiltrirter Flecken mit ausgesprochener Oberflächenfelderung. In der Umgebung erkennt man bei genauerem Zusehen kleine polygonale, glänzende Knötchen von dem gleichen Farbenton wie die confluirenden Herde. Einzelne Partien fühlen sich derber an, haben eine bläuliche Farbe und enthalten hier und da deutlich prominente, weissbläuliche Knoten von wachsähnlichem Glanz. Dazwischen wieder findet man atrophische weissliche Stellen und dunkelbraune Pigmentflecke. Noch bunter wird das Bild durch leicht eingesunkene, feingefältete, rothblaue Partien. Besonders auffallend sind vereinzelte Herde am Abdomen und am rechten Unterarm, die durch Confluenz der derben Knoten zu tumorartigen Prominenzen mit glänzender, zum Theil auch rauher, horniger Oberfläche geführt haben. Im Gesicht, namentlich an der Stirn scharf begrenzte blauröthliche Infiltrate ohne deutliche Felderung. Fussohlen und Flachhände frei. Schleimhäute normal.

Nach dem ungewöhnlichen Aussehen der Dermatose, besonders der eigenartigen infiltrirten Partien kann man die Diagnose chronisches



Eczem ausschliessen, zumal auch der geschilderte Verlauf, besonders das Fehlen jeglichen Nässens dagegen spricht. Auch der früher von uns gehegte Verdacht, dass es sich um eine beginnende Mycosis fungoides handeln könnte, kann jetzt nicht mehr bestehen. Wir glauben, dass der Fall als Lichen ruber planus anzusehen ist. Hierfür sprechen die isolirten Knötchen von dem geschilderten Charakter, das chagrinirte Aussehen der confluirenden Herde, die blauweisslichen knotigen Infiltrate, wie sie sonst nicht selten beim Lichen ruber planus am Unterschenkel beobachtet werden. Endlich wird die Diagnose auch gestützt durch den chronischen Verlauf ohne Nässen, den intensiven Juckreiz und die sehr deutliche Reaction auf Arsen. Bemerkenswerth ist der Fall durch die fast universelle Verbreitung, durch die Bildung flächenhaft ausgedehnter Herde und derber horniger Infiltrate. Besonders eigenartig aber sind die theils depigmentirten, zum Theil auch livid verfärbten Atrophien, wie wir sie bei einem gleichfalls an dieser Stelle von Dr. Zarubin demonstrirten Falle von Lichen ruber planus atrophicans beobachtet haben (Demonstration der Moulagen des Falles Scheinert). Es handelt sich also um zahlreiche Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde des Lichen ruber planus, wie sie bei einzelnen Fällen bisher wohl zur Beobachtung kamen, durch das gleichzeitige Vorkommen aber bei ein und demselben Kranken sehr ungewöhnlich und auffallend erscheinen.

Wir beabsichtigen eine Arsencur (Injectionen) von Natrium cacodylicum einzuleiten und versuchsweise Chrysarobin-Salben zu geben

(Nachtrag: Die Einspritzungen von Natrium cacodylicum haben im Verlauf von 14 Tagen eine erstaunliche Besserung im objectiven Befund sowohl, als im subjectiven Befinden herbeigeführt. Der Patient war nach dieser Zeit vollständig frei von Juckreiz. Die Dermatose ist stellenweise im Abheilen begriffen, die derben Infiltrate flacher, zum Theil ganz geschwunden.)

Herr **Juliusberg** stellt eine Pat. vor, die schon in der letzten Sitzung des Wintersemesters bei ihrem Eintritt in die königl. Universitätshautklinik unbehandelt demonstrirt wurde. Es handelte sich um einen Lupus erythematosus der Nase, der Wangen, der Ohren und des Kopfes. Auch am linken Arm bestand ein Herd. Die Pat. wurde im Gesicht nach Holländer mit Heissluft behandelt. Die Stelle am Arm wurde excidirt. An allen behandelten Stellen, die sich anfänglich gut zu überhäuten schienen, sind Narbenkeloide entstanden, die im Gesicht zu einer starken Entstellung geführt haben. Dass nicht in der Heisslufttherapie allein die Ursache dieser Keloidbildung zu suchen ist, beweist der Umstand, dass die Excisionsnarbe am Arm, sowie die Nadelstiche sich gleichfalls in Keloide verwandelt haben.



Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Bildungsanomalien.

Briquet et Chérigié. Neurofibromatose généralisée acquise. Journal des mal. cut. et syph. 1898, p. 219.

Nach einer genauen Literaturangabe und Besprechung der hauptsächlichsten Symptome der allgemeinen Neurofibromatosis berichten Briquet und Chérigié einen von ihnen beobachteten Fall. Ein 48jähr. Mädchen beobachtet während der anstrengenden Pflege ihrer schwer erkrankten Mutter plötzlich auf seinem Kopf zahlreiche kleinere und grössere Tumoren; bald entstanden auch auf Brust, Rücken, Arme derartige Geschwülste, so dass sie ärztliche Hilfe aufsuchte. Obgleich seit dem Bemerken der ersten Tumoren auf den Kopf kaum 2 Monate vergangen waren, wurden doch bei der ersten Untersuchung auf den behaarten Kopf allein circa 50 grössere und kleinere Geschwülste, auf dem Halse etwa 20 gezählt, ebenso war Brust, Rücken und Arme besäet mit derartigen Fibromen, die zwischen Nussgrösse und nur mit dem Finger wahrnehmbaren Erhöhungen schwankten. Punktförmige oder grössere Pigmentationen, naevi vasculares oder pilares fehlten gänzlich. Hände, Bauch, untere Extremitäten und Schleimhäute waren frei. Ausser starker Abmagerung und leichter Mattigkeit und Appetitlosigkeit waren andere nervöse Erscheinungen nicht zu constatiren. Bei gänzlicher Erfolglosigkeit jeglicher Therapie gesellten sich bald heftige Leibschmerzen hinzu, als deren Ursache zahlreiche erbsen- bis nussgrosse Tumoren auf Peritoneum und Darm constatirt wurden.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Hoisnard, Léon. Contribution à l'étude de la Neurofibromatose généralisée. Thèse de Paris 1898, Nr. 464. 42 Seiten mit 5 Textfiguren.

Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines Falles von multipler Neurofibromatose (maladie de Recklinghausen). Aus der Klinik von Prof. Bertheux-Reanes. Besonders bemerkenswerth ist ein ungefähr zwei Monate vor dem Exitus plötzlich auftretender

Diabetes mit bis zu 70 Gr. täglicher Zuckerausscheidung. Bei der Section wird der auffällige Befund gemacht, dass die Knochen, speciell Schädel und Thorax des erst 34jährigen Mannes, der in seinem Beruf (Müller) Lasten bis zu 100 Kilo mit Leichtigkeit getragen hatte, sehr mürbe sind, eine bedeutende Vermehrung der Spongiosa zeigen. Verf. theilt gleichzeitig einen Fall typischer neurofibromatose généralisée von Tiesse Marie (in Bicêbre) mit, in welchem die gleiche „Cachexie osseuse“ zu beträchtlichen Deformationen des Knochengerüstes geführt hatte. An seinen Thesen stellt Verf. den Satz auf, dass diese Alteration des Knochengewebes mit zum Bilde der Neurofibromatose gehöre.

Kuznitzky (Köln).

Jehl, Joseph. De la dermofibromatose pigmentaire généralisée et de ses rapports avec la neurofibromatose pigmentaire généralisée. Thèse de Paris 1898, Nr. 301. 61 Seiten.

Aus einem neuen (Robin) und vier bereits publicirten Fällen multipler Fibrome (Chauffard, Marie, Lahmann, Philipson), die keinen nachweisbaren Zusammenhang mit Nerven aufweisen, zieht Verf. folgende Schlüsse: Die dermofibromatose pigmentaire und neurofibromatose pigmentaire sind zwei besondere Formen der gleichen Krankheit, die sich nur durch die Localisation der Fibrome unterscheiden. Zwischen beiden extremen Typen gibt es Mischformen. Die Cachexie ist ein Symptom, das bei allen Formen in einem gegebenen Moment sich einstellt und als ein für die Schwere der Affection bedeutsames Symptom zu betrachten ist. Gerade aus diesem Grunde hält Verf. die gebräuchlichen Namen der Affection für unzureichend, weil sie diesem wirklichen Symptom keine Rechnung tragen.

Sonderbarer Weise stellt Verf. schliesslich den Satz auf, dass die Symptome und die ätiologischen Umstände (conditions étiologiques) der Krankheit die Hypothese zulassen, dass ein infectiöser Keim die Pathogenese dieser Affection darstelle. Kuznitzky (Köln).

Le Count, E. R. Lymphoma, a benign tumor representing a lymph gland in structure. Journal of Experimental Medicine IV. p. 559. Novbr. 1899.

Le Count glaubt, dass die Verwirrung, welche betreffs der Bedeutung des Ausdrucks „Lymphoma“ herrsche, hauptsächlich ihren Grund in der ungeheuren Seltenheit wirklich gutartiger (nicht entzündlicher) Neubildungen der Lymphdrüsen habe.

Er untersuchte eine von einem ganz gesunden Manne entnommene solitäre Geschwulst aus der linken Leistengegend, die durch langsames Wachsthum innerhalb 15 Jahren die Grösse eines Taubeneies erreicht hatte. Der betreffende Inguinalcanal war geschlossen, die Inguinaldrüsen links wie rechts nicht vergrössert.

Makroskopisch erschien die blassrothe Schnittfläche dicht besetzt mit, den Malpighischen Körpern der Milz täuschend ähnlichen hirsekorngrossen Erhebungen. Dieselben zeigen keinen Unterschied in der Vertheilung zwischen centralen und peripheren Partien; von der fibrösen



Kapsel treten keine grösseren Fortsätze in das Gewebe ein, die zur Ansicht kommenden Blutgefässe sind klein; von Erweichung, Blutung oder entzündlichen Vorgängen nicht die geringste Andeutung. Mikroskopisch erweist sich die Geschwulst als aus zahlreichen Lymphknoten bestehend, deren grösste Durchmesser bei Serienschnitten durchschnittlich 112 und 88 μ betrugen. Die Zellen derselben sind eigenthümlich angeordnet in besonders in der Peripherie deutlich erkennbaren $^1/_3$ bis $^1/_2$ des Umfangs umringenden Reihen; sie selbst sind klein mit einem beinahe die ganze Zelle ausfüllenden Kern, der um eine schmale Zone für das Cytoplasma übrig lässt; der runde Kern hat eine sich tief färbende Kernmembran; Chromatin bildet häufig eine unregelmässige Auskleidung der Kernmembran und gewöhnlich 2 bis 3 central gelegene grössere Körner. Ein namentlich in den äusseren Zonen der Knoten spärliches Reticulum umgibt die Zellen; in jeden Knoten treten in schräger Richtung 1 bis 2 sich rasch verzweigende Gefässe ein, anscheinend Arteriolen, mit dicken, hyalinen Wandungen.

In jedem Knoten findet sich an irgend einer Stelle eine Gruppe grösserer, ebenfals beinahe vollständig von dem Kern eingenommener Zellen; letzterer ist aber länglich, eingekerbt und mit Ausnahme der Membran nur schwach gefärbt. Genauere Foschung ergibt, dass diese Zellengruppen sich an den Stellen finden, wo eine Arteriole rasch zu Capillaren sich vertheilt und dass die einzelne Zelle in Grösse, Form und Färbungsvermögen denjenigen gleicht, welche die Blutgefässe auskleiden.

Das Gewebe zwischen den Knoten ist locker, zeigt ein beträchtliches Stroma, das kleine Zellen, ähnlich den stark färbenden Zellen des Knotens trägt. Das Reticulum dieses Zwischengewebes zeigt keine mit Bestimmtheit als Theile des Stroma anzusprechende Kerne. Die Blutgefässe des Stroma sind grösser als in den Knoten; die Arterien haben dicke, hyaline Wände, an denen allein die t. media betheiligt ist.

H. G. Klotz (New-York).

Oertel, Horst. Observations concerning leukaemic lesions of the skin. Journal of Experimental Medicine IV 569. Novbr. 1899.

Oertel berichtet etwas ausführlicher über die Befunde in einem bereits veröffentlichten (Yale Med. Journal, Jän. 1899) Falle von Leukämischen Veränderungen der Haut nach einer Uebersicht über die betreffende Literatur.

Die, äusserer Umstände halber mangelhafte Krankengeschichte betrifft einen 40 Jahre alten Mann, bei dem im Verlauf einer durch Milzschwellung und unregelmässiges Fieber charakterisirten, und als Malaria gedeuteten Krankheit, in unregelmässiger Ausbreitung über den Körper kleine Knoten in der Haut auftraten. Später zeigte eine Blutuntersuchung die Anwesenheit zahlreicher grosser einkerniger Zellen von dem Typus der Myelocyten neben mehrkernigen Zellen und deutliche Vermehrung der eosinophilen Zellen.



Der ebenfalls lückenhafte Sectionsbericht erwähnt: Ausser den zahlreichen, runden, harten, weisslichen, auf dem Durchschnitt weissgelben Knoten, von 1 bis 2 Centim. Durchmesser, die überall frei beweglich über dem subcutanen Zellgewebe sind, fand sich eine enorm vergrösserte Milz, 30 : 17 : 6 Cm. gross und 3 Ko. schwer, mit alten Infarcten, chronische parenchymatöse und hämorrhagische Nephritis, Fettleber, chronische adhaesive Peritonitis, Emphysem und Oedem der Lungen und braune Atrophie des Herzens.

An den Hautknoten erwies sich die Epidermis und die oberen Partien der Cutis ohne Veränderungen, dagegen waren die tieferen Schichten der Sitz einer dichten, ausgebreiteten sogenannten kleinzelligen Infiltration, die sich nach oben hin ausbreitet und zwischen die Fasern der Cutis eindringt, dieselben theils vollständig ersetzend, oder in einzelne Bündel auseinander drängend. Es bleibt dann nur ein ganz feines Netzwerk von Bindegewebsfasern übrig, welches grössere und kleinere Zellhaufen enthält. Bindegewebssklerose, neugebildete Blutgefässe, Riesenzellen, nektrotische Herde oder andere regressive Veränderungen der Zellen konnten nirgends nachgewiesen werden. Die Drüsen lagen innerhalb der Zellenmassen, ohne an dem Process Theil zu nehmen. Die Untersuchung grösserer Reihen von Schnitten liess verschiedene Stadien des Processes erkennen. Die frühesten Veränderungen bestanden in kleinen, umschriebenen, herdartigen Zellenanhäufungen in den tiefen Partien der Cutis, die als tuberkelähnliche weisse Gebilde schon dem blossen Auge auffielen. Im weitern Verlaufe fliessen diese kleinen Knoten zusammen und nehmen das Aussehen diffuser Infiltrate an. In Hämatoxylin-Eosin-Präparaten zeigt die Mehrzahl der Zellen unregelmässige, gelappte und sehr chromatinreiche Kerne, genau das Aussehen von Leukocyten darbietend. Nur eine geringe Zahl zeichneten sich aus durch blässere, bläschenartige Kerne mit deutlichen Kernkörperchen. Sie wurden für Bindegewebskerne angesehen. Genauer studirt wurden die Zellen an den nach Biondi-Heidenhain und mit Unna's polychromem Methylenblau gefärbten Schnitten. Der grösste Theil des Infiltrates bestand aus Zellen von dem Charakter der Lymphocyten und zwar von zweierlei Art:

1. Kleine Zellen mit schmalem, sich schwach färbendem Cytoplasma und sich stark färbendem Kern. 2. grosse Zellen mit sich schwach färbendem Cytoplasma und einem grossen, zuweilen zackigem, sich etwas unregelmässig färbendem Kern. Ausserdem fanden sich gewöhnlich 3. mehrkernige Leukocyten und 4. Zellen mit lebhaft roth gefärbten, groben Granulationen (Granulation, Eosinophile Zellen). Die beträchtliche Anzahl der letzteren ist besonders beobachtenswerth wegen der Angabe Nékám, dass sie sich nur in frischen Knoten finden. In dem vorliegenden Falle hatten die Knoten in der That nur kurze Zeit bestanden. Rothe Blutkörperchen waren nirgends augenfällig vorhanden; nur in wenigen Schnitten wurden Zellen von dem Charakter der Plasmazellen gesehen, Mitosen wie von Nékám nicht beobachtet, wenigstens nur in so geringer Anzahl, dass sie nicht als wesentlicher Theil der Knoten angesehen werden können.



Die Abwesenheit von Plasmazellen und von Mitosen bei dem Ueberwiegen des Lymphocyten sprechen gegen die Annahme einer bedeutenderen activen Zellenneubildung und Vermehrung in diesen Knoten, auch das Bindegewebe zeigt mehr Atrophie als Zellenvermehrung. Oertel's Befunde unterstützen demnach die Ansicht, dass secundäre leukämische Hautknoten im Wesentlichen aus Zellen bestehen, die aus dem Blute herstammen. H. G. Klotz (New-York.)

Videbech, Paul. Ein Fall von Sarcoma vulvae, vorläufig geheilt durch Elektrolyse. (Hospitalstidende 4 R. Bd. VII, Nr. 16, Kopenhagen.)

Videbech hat mit Elektrolyse ein 6 Cm. langes, 4 Cm. breites, breitstieliges Sarcoma globucellulare an der Vulva einer 72jährigen Frau entfernt. Die Séancen dauerten eine Woche lang täglich 10 Minuten. Nach Verlauf eines Monats ist die Geschwulst entfernt und die Ulceration geheilt und mit einer glatten Narbe versehen.

$^3/_4$ Jahre später keine Recidive.

C. T. Hansen (Kopenhagen.)

Gaudewzi. Melanosarcoma primitivo della cute delle palpebre. (R. Accademia di Medicina di Torino Juni 1899.)

Beobachtung eines spindelzelligen Sarcomes der Lider des rechten Auges bei einer 74jährigen Frau. Dasselbe zeigte stellenweise einen alveolären Bau und hatte sich aus einem Naevus entwickelt.

L. Philippson (Palermo).

Massei. Sulle complicanze laringee della sarcomatosi cutanea. (IV Congresso della Società ital di Laringologia. Oct. 1899.)

Verf. berichtet über 5 Fälle von Hautsarcomatose, bei denen er im Kehlkopf Neubildungen beobachtet hat, die histologisch denjenigen auf der Haut vollständig gleich waren. L. Philippson (Palermo).

Guthmann, Heinrich. Ein Fall von Sclerodermie. Inaug.-Diss. Erlangen 1897.

Der Guthmann'sche Fall betrifft eine 34jährige Frau, deren Sclerodermie seit 2—3 Jahren besteht und besonders das Gesicht und die Extremitäten bis zu den Nägeln befallen hat.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.)

Krueger, Albert. Ueber Sclerodactylie. Inaug.-Diss. Königsberg 1898.

Der von Krueger aus Caspari's Poliklinik mitgetheilte Fall betrifft eine 50jährige Frau, deren Leiden zur Zeit der Beobachtung schon 10 Jahre bestand. Dasselbe begann mit reissenden und bohrenden, sehr heftigen Schmerzen im rechten Zeigefinger, zu denen erst nach drei Wochen eine sichtbare Erkrankung, nämlich eine dunkelverfärbte linsengrosse Verhärtung auf der Fingerkuppe hinzutrat. Im Laufe der Jahre erkrankten nun in ähnlicher Weise mehr oder weniger alle Finger bis auf die Daumen. Zur Zeit der Untersuchung durch K. waren die dritten Phalangen an den erkrankten Fingern beträchtlich verkürzt, an den Fingerspitzen Narben, die Haut der Fingerkuppen straff gespannt, weiss glänzend,

anscheinend erheblich verdünnt, starr und unverschieblich. Die Nägel verbildet, klein, verdickt, einige krallenartig verkrümmt.

Keinerlei sonstige Veränderungen an der Haut, die Handmuskeln normal, keine Sensibilitätsstörungen. Der Mangel all dieser letzteren Symptome liessen die eventuelle Diagnose auf Syringomyelie und symmetrischer Gangrän ausschliessen und dieselbe auf eine isolirte Sklerodactylie stellen. Eine histologische Untersuchung der erkrankten Haut war nicht möglich, die Therapie ohne Erfolg.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Bruns, L. Ueber einen Fall von diffuser Sclerodermie der Beine mit scharfer spinal-segmentärer Abgrenzung nach oben. Dtsch. Med. Woch. 30. 1899.

Der von Bruns mitgetheilte Fall scheint von einiger Bedeutung für die nervöse Pathogenese der Sclerodermie zu sein, da hier die obere Grenze der Sclerodermie genau beiderseits der oberen Grenze des Hautbezirkes einer spinalen sensiblen Wurzel entsprach und zwar der ersten oder zweiten lumbalen Wurzel. Da nun die nervöse Versorgung der einzelnen Gefässbezirke der Haut in nahen Beziehungen zu denjenigen spinalen Centren steht, die an den betreffenden Körperregionen die Haut mit sensiblen oder die Muskeln mit motorischen Fasern versorgen, so wird man dem Verf. beistimmen müssen, dass sein Fall kaum eine andere Deutung zulässt, als dass die Affection der betreffenden Blutgefässbezirke hier unter dem Einflusse spinaler Reizungs- oder Lähmungsvorgänge, mit einem Worte unter dem Einflusse spinaler Centren, entstanden sein muss.

Max Joseph (Berlin).

Mainzer, M. Ein Fall von Elephantiasis congenita. Dtsch. Med. Woch. 27. 1899.

In dem von Mainzer veröffentlichten Falle handelte es sich um jene ausserordentlich selten vorkommende Form der angeborenen Elephantiasis, welche sich von dem Bilde der erworbenen Elephantiasis nicht unterscheiden lässt. Die Aetiologie des Falles war ganz unklar. Die Therapie musste sich aus äusseren Gründen auf eine methodische Massage der befallenen Extremitäten in Verbindung mit elastischen Einwirkungen beschränken. Unter dieser Behandlung hatte sich der Umfang der erkrankten Theile, trotz des inzwischen erfolgten beträchtlichen Wachsthums des Kindes, wenn auch nur wenig vermindert.

Max Joseph (Berlin).

Pottgiesser. Ueber die operative Behandlung des Rhinophym. Inaug.-Diss. Würzburg 1900.

Pottgiesser hat in seiner Dissertation die auf der Abtheilung für Hautkranke des städt. Krankenhauses zu Dortmund beobachteten und behandelten Fälle von Rhinophyma publicirt. Es wurden dort seit 1889, einschliesslich einiger Fälle aus der Privatpraxis, von Fabry beobachtet 9 Fälle, also eine verhältnissmässig grosse Zahl. Die Fälle betrafen ausschliesslich Männer, die mit Ausnahme eines einzigen Pat. keine Alkoholiker waren, ein Fall zeigte die Rüsselform, die anderen 8 die Knollenform.



Wie aus den der Publication beigefügten Abbildungen hervorgeht, bieten einige Fälle recht monströse Entstellungen dar. Die Operation wurde in letzter Zeit in der Art ausgeführt, dass nach Einführung des Daumens oder eines Bolzens in die Nasengänge alle Prominenzen mit dem Scalpell abgetragen wurden, dann Stillung der Blutung mit dem Flachbrenner des Paquelin. Nach der Blutstillung wird nochmals revidirt, ob auch alle Hervorragungen gründlich entfernt sind, etwa noch zurückgebliebene werden dann noch abgezwickt; auf diese Weise erzielt man auch plastisch die natürlichste Form der Nase. Die Heilung erfolgt nach Abstossung des Schorfes, ohne dass eine Transplantation erforderlich wäre, unter antiseptischen Lösungen, Salben und Pudern. Diese Methode gibt kosmetisch die schönsten Resultate und sichert am besten vor Recidiv.

Fabry (Dortmund).

Kroner. Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit. Dtsch. Med. Woch. Vereins-Beil. 12. 1899.

Der von Kroner im Ver. f. inn. Medicin zu Berlin am 16. Oct. 1899 vorgestellte Fall betraf eine 52jährige Dame, bei welcher sich rothe Flecken an der Nasenspitze, auf den Wangen und auf den Fingern der rechten Hand zeigten. Später trat eine Verfärbung an sämmtlichen Zehen und von den Händen an je 4 Fingern an der zweiten und dritten Phalanx auf, die Daumen blieben frei. Die Finger wurden erst blau, dann dunkler und nahmen innerhalb 24 Stunden eine gangränartige Färbung an. Dann traten sehr heftige Schmerzen auf. Nach etwa 8—10tägiger Dauer gingen die Erscheinungen langsam zurück, die Färbung verlor sich und es trat später eine Abschuppung ein. Max Joseph (Berlin).

Clément. Un cas de maladie de Raynaud. Soc. nationale de méd. 22.|I. 1900. Ref. nach la prov. méd. 1900, Nr. 4.

Clément stellt eine Pat. mit Raynaud'scher Krankheit vor. Pat. litt früher an Chlorose; nervöse Belastung liegt nicht vor. Kein Zucker, kein Eiweiss. Cl. glaubt in diesem Fall nicht an einen neurotischen Ursprung.

In der Discussion berichtet u. A.:

Renaud von einem Fall, der mit Hämaturie und Albumniurie einherging und bei welchem es sich um einen, auf nervöser Basis beruhenden Spasmus der kleinen peripheren und Nieren-Gefässe gehandelt habe. Mayet erinnert an den event. Zusammenhang mit den spinalen Metameren. Victor Lion (Breslau).

Heller, J. Zur Histopathologie einiger Nagelerkrankungen. Dermatol. Zeitschr. Bd. V. 1898.

Es liegen Untersuchungen über subunquinale Blutungen, Gangrän bei Diabetes. Onychogryphosis, Onychoatrophie, Unguis incarnatus vor, mit besonderer Berücksichtigung der Nerven und Gefässveränderungen. Ausserdem hatte Verf. Gelegenheit den Nagel einer Mumie zu untersuchen, der vollkommen normale Verhältnisse, Tingirbarkeit der Kerne zeigte. Fritz Porges (Prag).

Vollmer, E. Beitrag zur Lehre von der schwarzen Haarzunge. (Dermatol. Zeitschrift. Bd. V, 1898.)

Die Affection besteht bei einem 24jährigen Manne seit längerer Zeit. Verfasser meint, dass es sich um Hyperkeratose der Papillen handelt, ähnlich wie bei der Ichthyosis. Die Therapie ist machtlos. Die Affection soll öfters bei luetischen Personen vorkommen.

Fritz Porges (Prag.)

Baldy, J. M. und **Williams**, H. L. Kraurosis Vulvae — The Amer. Journ. of. the Med. Sciences, Band 118, Nr. 5, 1899.

Baldy und Williams beschrieben einen ausgesprochenen Fall von Kraurosis vulvae, welcher durch Excision der erkrankten Gewebe anscheinend vollständig geheilt wurde. Die mikroskopische Untersuchung wurde sorgfältig ausgeführt und folgende Veränderungen gefunden. In verschiedenen Theilen der Epidermis nur theilweise Atrophie, theilweise Hypertrophie vorhanden, mit einem allgemein entzündlichen Zustande des Coriums und subcutanen Bindegewebes. In den hypertrophischen Theilen der Epidermis sind alle Strata gut erhalten, während in den atrophischen das Stratum lucidum kaum erkennbar und das Stratum malpighii ausserordentlich verdünnt ist. An der Oberfläche der Epidermis ist eine Blutkruste bemerkbar, während in Zwischenräumen Risse in der Epidermiss vorhanden sind, welche sich bis zum Corium erstrecken und meist mit Blutkörperchen gefüllt sind. Verdickungen des Stratum corneum sind stellenweise sehr ausgesprochen und erscheint dasselbe manchmal als ein homogener fibröser Streifen. Die oberen Lagen des Corium sind blass und ödematös, die elastischen Fasern undeutlich. Durch das Corium zerstreut findet man Rundzelleninfiltration, welche ebenfalls die Papillen infiltrirt, während an anderen Stellen das Corium sclerotisch erscheint und Kerne kaum zu sehen sind. Capillaren sind an vielen Stellen verschwunden, während Schweiss- und Talgdrüsen nirgends gefunden werden konnten. Im subcutanen Gewebe sind dieselben Veränderungen und ebenfalls Hämorrhagien vorhanden. Im oberen Theile desselben sind eigenthümliche Fasern in ausgesprochenen Bündeln zu sehen, von derbem, fibro-elastischen Gewebe umgeben. In der Mitte jeder Faser ist ein dunkler, runder Körper vorhanden, der wie ein Axencylinder aussieht, jedoch beweisen Färbungen nach Van Gieson's Methode, dass sie keine Nervenfasern sind. Louis Heitzmann (New-York).

Noto, A. Leucoplasia della vulva. Suoi rapporti clinici ed anatomo-patologici coll' Epitelioma. (Arch. di ostetricia e ginecologia. Sept. u. Oct. 1899.)

Verf. hat 2 Fälle von Leukoplasie der Vulva, combinirt mit Epitheliom und einen von Leukoplasie allein untersucht. Histologisch fand er in allen 3 Fällen die gleiche Structur der leukoplasischen Flecke u. zw. chronische Entzündung des Derma und Hyperplasie aller Schichten der Epidermis. Die besonders auf die Entdeckung beginnender krebsiger Entartung der Epidermiszellen in den von den ersten beiden Fällen stammenden leukoplastischen Flecke gerichtete Untersuchung ergab keine An-

haltspunkte für einige derartige Deutung. Verf. schliesst hieraus, dass die Leukoplasie kein unbedingt nothweniges Vorstadium für das später sich entwickelnde Epitheliom ist, sondern nur als chronischer Entzündungsprocess dazu disponirt. Dafür spricht auch die Thatsache, dass unter 9 in der Klinik beobachteten Fällen von Leukoplasie nur 1 mit Epitheliom verbunden war. L. Philippson (Palermo).

Schönberg, Hermann. Ist Leukopathia eine Neurose? Inaug.-Diss. Greifswald 1896.

Ein 31jähriger, kräftiger, früher ganz gesunder Mann bemerkt seit 4 Jahren das Auftreten weisser Flecken am Körper, die sich allmälig vergrössern. Sie sind fast über den ganzen Körper vertheilt, verschieden gross, manchmal symmetrisch angeordnet, an den Fingern scharf in der Mitte der Seitenfläche abschneidend, aber noch auf die Dorsalseite der 1. Phalanx übergreifend. Die Haare in den weissen Flecken farblos, im schwarzbraunen Kopfhaar weisse Büschel. Sensibilität überall intakt. Aber seit Beginn der Entfärbung allgemeine Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Störungen seitens des Darmcanals. Reflexe normal. Es handelt sich um eine Vitiligo resp. Leukopathia für die Schönberg nach Betrachtung der übrigen in der Literatur bekannten Fälle und mit Bezug auf die vorhandenen Störungen im Nervensystem, eine Neurose als Ursache annimmt. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.)

Schmidt-Rimpler, H. Fetthernien der oberen Augenlider (Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1899, Octoberheft.)

Schmidt-Rimpler beobachtete bei einem 19jährigen Mädchen, deren Mutter zeitlebens dieselbe Affection trug, einen „umschriebenen, ziemlich querovalen Wulst" der Haut „oberhalb des inneren Augenwinkels". Derselbe fühlte sich weich an und hatte 1½ Cm. grössten Durchmesser. Die Haut der Lider war nach Schwund, des Anfangs bestehenden leichten Oedems, mit zahlreichen kleinen Fältchen durchsetzt und hatte die Beschaffenheit, wie sie Fuchs bei der von ihm als Blepharochalasis beschriebenen Abnormität der Lidhaut treffend mit „zerknittertem Cigarettenpapier" vergleicht. Bei der aus kosmetischen Gründen vorgenommenen Exstirpation der Wülste fand sich ein querovaler Defect in der Musculatur des Orbicularis, durch welche ein von der Fascie bedeckter Wulst von Orbitalfett hervorquoll. Die mikroskopische Untersuchung der herausgeschnittenen Haut „ergab übrigens nichts Besonders".

Camill Hirsch (Prag).

Ohmann-Dumesnil, A. H. A Case of Ichthyosis Nigricans. The St. Louis Med. und Surg. Journal. Band LXXVII Nr. 3, 1899.

Ohmann-Dumesnil beschreibt einen Fall von Ichthyosis nigricans bei einem 15monatlichen Kinde, bei welchem die Erkrankung zuerst zwei Wochen nach der Geburt auftrat. Die ganze vordere Fläche des Körpers und der Extremitäten ist mit schwarzer, horniger, trockener Haut bedeckt und finden sich nur einzelne isolirte Stellen auf der Brust und linken Schulter, welche verhältnissmässig wenig befallen oder frei sind. Gesicht und Kopf sind beinahe vollkommen frei, während die Ver-



änderung an der hinteren Körperfläche viel weniger ausgesprochen ist als die vordere und viele Stellen nicht im ichthyotischen Zustande sind. Füsse und Hände sind mit ichthyotischer Haut bedeckt. Autor glaubt, dass die schwarze Farbe durch gewisse anorganische Salze in den Epithelien verursacht wird, welche durch directen Einfluss der Luft schwarz werden. Die Behandlung ist dieselbe wie für andere Ichthyosisfälle.

Louis Heitzmann (New-York).

Ferrannini, A. Il geroderma in due adolescenti. (X. Congresso della Soc. ital. di Medicina interna Oct. 1899.)

Unter dem Namen Greisenhaut wurde vom Verf. und von Rummo im Jahre 1897 ein neues Krankheitsbild aufgestellt, das sich im wesentlichen aus folgenden Charakteren zusammensetzt: die betreffenden Personen sehen trotz jugendlichen Alters alt aus, haben eine fahle Gesichtsfarbe, ihre Haut ist faltig und schlaff, ihre Stimme ist hoch, mitunter wie die von Eunuchen. Wahrscheinlich stehen diese Veränderungen mit einer Ernährungsstörung der Hoden in Verbindung, die aber nicht atrophisch sind.

L. Philippson (Palermo).

Ciauri, R. Sul senilismo. (X. Congresso della Soc. ital. di Medicina interna. Oct. 1899.)

Unter dem Namen Senilismus beschreibt Verf. das Krankheitsbild, das zuerst von Rummo und von Ferrannini als Greisenhaut im Jahre 1897 entworfen wurde. Rummo zieht jetzt diesem Namen die Bezeichnung Senilismus als kürzer und prägnanter vor.

L. Philippson (Palermo).

Plonski, B. Zur Uebertragbarkeit der Alopecia areata. Dermatol. Zeitschr. Bd. V, 1898.

Je zwei Fälle von Alopecia areata bei zwei Geschwistern. Die Aetiologie war in diesen Fällen vollkommen unklar, die Geschwister benutzten dasselbe Kammzeug. Fritz Porges (Prag).

Audri. Sur les alopécies congénitales. Journal des mal cut. et syph. 1898, p. 337.

Indem Audry znnächst die durch andere pathologische Processe, wie Keratosis pilaris oder Ichthyosis, bedingte Alopecie ausschliesst, unterscheidet er eine circumscripte und eine diffuse congenitale Alopecie. Als Typus der circumscripten bringt er die Photographie eines schon in der Gesellschaft für Dermatologie im Jahre 1893 vorgestellten 16jährigen Knaben, der ausser der Alopecie einen geringen Grad von Hydrocephalus und eine mangelnde Entwicklung des Unterkiefers aufwies. Als Typus der diffusen Alopecie dient die Photographie eines $4^1/_2$jährigen Knaben, der völlig ohne Kopfhaar, ohne Wimpern und Augenbrauen geboren werde; erst nach $2^1/_2$ Jahren begannen sich Haare zu zeigen. Augenblicklich sind Augenbrauen und Wimpern gut entwickelt, der Kopf nur mit einem leichten Flaum leicht ausfallender Haare bedeckt. Die histologischen Befunde stimmen mit den von Schede, Jones und Atkins, Ziegler publicirten überein. Von einer rationellen Behandlung könne

keine Rede sein, Ziegler will in seinem Falle Besserung von Schilddrüsentabletten gesehen haben. Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Stojanovitch, M. Traitement de la pelade par l'acide lactique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1899, Nr. 43.

Zur Bekämpfung des Haarausfalls ist ausser einer antiseptischen Behandlung der Haut vor allem eine Irritation der haarlosen Partien durch Frottiren und Einreibungen reizender Medicamente erforderlich, so dass sich die Haut an den betreffenden Stellen dauernd in einem hyperämischen Zustande befindet. Dies wird nach Stojanovitch am besten durch Einreibungen einer Lösung von 30—50% Milchsäure in 60procentigem Alkohol erreicht. Die Lösung soll täglich einige Minuten lang in die Haut eingerieben werden, bis stärkere Hyperämie und Schmerzhaftigkeit entsteht. Die Behandlung muss bis zur völligen Heilung fortgesetzt werden. Walther Scholtz (Breslau).

Riis, Carl. Ein Fall von infantilem Myxoedem mit Pillul. gland. thyr. siccat. behandelt. (Hospitalstidende. 4 R. Bd. VII, Nr. 2, Kopenhagen.)

Riis theilt einen Fall von Myxoedem bei einem 7jährigen Mädchen mit; bedeutende Besserung durch die Behandlung.

C. T. Hansen (Kopenhagen).

Pollitzer, S. The Nature of the Xanthomata. New-York. Med. Journal LXX. 73. Juli 15. 1899.

Pollitzer, dessen Arbeit bereits 1897 der Amer. Dermatological Association vorgetragen wurde, machte eingehende mikroskopische Studien an zahlreichen Präparaten von 13 verschiedenen Fällen von Xanthoma, die aus der Praxis verschiedener Dermatologen stammten. Auf Grund derselben will P. das Xanth. planum palpebrarum völlig von dem X. tuberosum und X. diabeticum abgetrennt wissen. Schon die klinischen Erscheinungen legen bei genauer Betrachtung diese Trennung nahe, nam. deuten dieselben darauf hin, dass es sich bei dem X. palpebrarum nicht um eine Neubildung sondern um eine Degeneration handeln müsse. In der That zeigte P., dass die Xanthomzellen, welche immer das grösste Interesse der Pathologen erregt und soweit eine genügende Erklärung noch nicht gefunden hatten, aus degenerirten Muskelfasern entstehen, indem er die verschiedenen Stadien der Degeneration an der Muskelfaser verfolgen konnte. Diese körnig-fettige Degeneration entspricht genau den von anderen Autoren, bei Waldeyer beschriebenen Formen von Degeneration der Muskelfasern. Betreffs der Einzelheiten des Vorganges muss auf die Arbeit selbst, insbesondere auf die dieselbe begleitenden Abbildungen und Mikrophotogramme hingewiesen werden. Das Vorkommen der Muskelfasern in den Augenlidern hat an und für sich nichts Befreundetes, dieselben stellen abgesprengte Fasern des M. orbicularis palpebrarum dar. P. war anfangs geneigt, dieselbe als embryonale Verlagerungen anzusehen; weitere Untersuchungen über die normale Vertheilung der Muskelfasern in der Cutis des Augenlides zeigte, dass diese unregel-



mässige Vertheilung der Muskelfasern mehr weniger die Regel darstellt. Dieser Nachweis der Entstehung der X. palpebr. löst nicht nur die histologische Frage der Xanthomzellen, sondern erklärt auch die klinischen Symptome; die Abwesenheit jeden Nachweises einer Geschwulst oder Verdickung, das fast ausschliessliche Vorkommen im Gesicht, wo eigenthümliche Verhältnisse der Muskeln vorkommen, das Auftreten in Form länglicher Herde, deren Axe parallel dem Verlauf des orbicul. palpebr. liegt, die Erblichkeit, das Auftreten in reiferem Alter, in dem degenerative Vorgänge nicht ungewöhnlich, und die, der fettigen Degeneration der Muskeln eigenthümliche gelbliche Farbe.

Dagegen stellen das X. tuberculosum und X. diabeticorum einander ganz ähnliche, von dem X. planum völlig verschiedene Processe dar. Bei beiden handelt es sich um Bindegewebsneubildungen bei der das Verhältnis zwischen fibrösem Gewebe und Bindegewebszellen in den einzelnen Fällen ein sehr wechselndes ist. In beiden erleiden die Zellen fettige Degeneration, die zur Zerstörung der Zellen und endlich mehr oder weniger vollständigem Verschwinden der Knoten führt. Beim X. diabetic. ist die Neubildung des Bindegewebes nicht auf einen oder mehrere Knoten beschränkt, sondern stellt einen mehr diffusen Process dar, derselbe ist mehr auf die oberflächlichen Cutisschichten beschränkt und die Neigung zur fettigen Degeneration ist mehr ausgesprochen bei geringerer Bildung fibrösen Gewebes.

Das häufige Vorkommen des Xanth. multiplex neben schweren Erkrankungen der Leber und neben Glycosurie legen die Annahme nahe, dass das Xanthoma seine Entstehung dem Reize einer in der Leber ihren Ursprung habenden Toxamie, oder dem vorläufig noch unbekannten pathologischen Complex verdankt, der sich unter anderen durch Glycosurie zu erkennen gibt. P. glaubt, dass weitere Untersuchungen histologisch eine nahe Verwandtschaft der Xanthoma multipl. mit den beim chronischen Rheumatismus beobachteten fibrösen Knoten und spindelförmigen Sehnenverdickungen nachweisen werden, die ebenfalls ihren Ursprung den, dem Rheumatismus zu Grunde liegenden Stoffwechselstörungen verdanken.

H. G. Klotz (New-York).

Parasiten und parasitäre Affectionen.

Lardier. La teigne faveuse devant les comeils de revision. Concours méd. 9 octobre 1897. Journal des Mal. cut. et syph. 1897, p. 710.

Lardier protestirt in einem energischen Artikel gegen die Gewohnheit der Aushebungscommissionen und gegen die für dieselben 1890 erlassene Instructionen, Favuskranke als zum Militärdienst untauglich zu erklären. Es sei dies genau eine Belohnung der Unsauberkeit und eine Verführung zur Verbreitung der Krankheit. Da zwischen dem Aushebungs-



termin und dem Termin des Eintretens in das Heer gewöhnlich ein Zeitraum von 6 Monaten liege, so hätten die Favuskranken genügend Zeit, sich behandeln und heilen zulassen. Die als favuskrank befundenen neueingetretenen Soldaten seien im Krankenhaus zu isoliren, und es sei ihnen die zu ihrer Heilung nöthige Zeit nicht als Dienstzeit anzurechnen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Agniel. Un cas de favus généralisé prédominant aux parties glabres. Société des sciences medicales. Séance du 20 décembre 1899. Ref.: La Province médicale 1899. Nr. 51. pag. 606.

Agniel stellt einen 6jährigen Knaben vor mit Favus, der hauptsächlich über den unbehaarten Theil des Körpers verbreitet ist. Am behaarten Theil finden sich nur drei kleine pityriasisähnliche Stellen ohne Scutula je von 50 Centimes-Stückgrösse. Die Stellen am Körper sind verschieden: oberflächliche circinäre (hauptsächlich Rücken), psoriasisähnliche (Extremitäten) und Scutula (Seiten und Gesäss, hier confluirend). Nägel unverändert. Uebertragungsweise unbekannt.

Viktor Klingmüller (Breslau).

Kinch, Charles A. Tinea favosa. New-York Medic. Journal LXXI. 365. 17 march 1900.

Kinch bespricht die Uebertragung von Favus von Thieren (Ratten und Mäuse, Katzen, Hunde und Kaninchen, sowie Hühner) unter zahlreichen Angaben der Literatur über diesen Gegenstand, sowie die Häufigkeit des Auftretens der Krankheit in New-York. Sonst enthält der Artikel nichts Neues. H. G. Klotz (New-York).

Sonnenberg, E. Ein Fall von Verunstaltung der Haare bakteriellen Ursprunges. (Nodositas pilarum mikrophytica, Trichomycosis palmellina Pick.) Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXVII.

Die Arbeit bietet gegenüber den Befunden Pick's und Eisner's nichts Neues. Ludwig Waelsch (Prag).

Colcott Fox and **Blaxall.** Notes on two Cases of Tinea circinata. (British Journal of Dermatology 1898.)

Die erste Beobachtung betrifft zwei Knaben, die in fast gleichem Masse von Tinea circinata befallen waren. Ueber den ganzen Körper verstreut, mit Freilassen der behaarten Kopfhaut zeigten sich ringförmige erythematöse Herde ohne Blasen- oder Pustelbildung mit pigmentirtem Centrum und etwas erhabenen gerötheten schuppenden Rändern. Zum Theil trat die Affection in concentrischen Ringen auf. Hieran anschliessend führt Fox aus: Diese Ringform der Tinea circinata wird von Microsporon Audouini (Gruby-Sabouraud) seltener hervorgebracht als von Endothrix und Ectothrix und faviformen Pilzen. Vor allem befällt Microsporon selten die Kopfhaut, in welchem Falle meist Ecto- und Endothrix die Ursache sind, von denen der Ectothrixpilz gern stark entzündete, meist pustulöse, der Endothrix mehr trockene, geröthete, kreisförmige Herde bildet. Uebertragen wurden die Pilze in obigem Falle vermuthlich durch eine „räudige" Katze, die jedoch nicht zur Untersuchung kam. Fox berichtet, dass von 14 Fällen von Tinea circinata in 9 Fällen Katzen die

Ueberträger waren, in 3 Fällen waren Hunde verdächtig, in 2 Fällen konnte die Ursache der Infection nicht ermittelt werden. 9 Fälle betrafen nur die behaarte Kopfhaut, 3 Fälle bloss die Stirne, in 2 Fällen war Stirn und Kopfhaut zugleich ergriffen. Zwei die Kopfhaut betreffende Fälle wurden als Kerion bezeichnet. Bei diesen letzteren rührte die Entzündung von einem Pilze her, der klinisch und mikroskopisch sich von Microsporon nicht unterschied, dessen Culturen theils Eigenschaften der Endothrix, zum Theile solche der Ectothrixarten zeigten, während das Bild der Cultur mehr den Microsporonarten analog erschien.

Der Pilz, gezüchtet von den Tineaherden der Menschen und denen der Katze zeigt nach Fox grosse Verschiedenheiten: Der Pilz der Katze wächst viel rascher als Microsporon, auf allen Nährböden; er bildet nicht den flaumigen Teppich auf Präfagar und bildet keine concentrischen Ringe. Die radienförmige Anordnung der Hyphen war bei der Katze deutlicher, theils weil sie nicht bedeckt sind mit einem flaumigen Luftmycel, wie dies Microsporon Audouini thut, theils weil die Radien selbst stärker sind. Auf Kartoffel bedeckt der Pilz in reicher Entwickelung die ganze Fläche mit feinen weissen Hyphen unter geringer Verfärbung der Kartoffelfläche.

Die zweite Beobachtung betrifft ein 5jähriges Mädchen, welches an der rechten Wange sowie am Dorsum des rechten Handgelenks einen schillinggrossen, leicht erhabenen entzündeten Herd hatte, der eine Woche lang bestand und mit kleinen Bläschen besetzt war; einen ähnlichen Herd hatte die Mutter am linken Ohre. Nach Fox handelte es sich um Herpes iris vesiculeux de Biett (Trichophytie circinée dysidrosiforme Sabouraud) Der Pilz war in dem Epithel nachweisbar in Kettenform, innerhalb der Haarwurzeln zeigten sich Mycelfasern, ausserhalb der Haare waren keine Pilze nachweisbar. Die Culturen ergaben die kraterartigen Bildungen des Endothrixpilzes sowohl auf Agar als auch auf Kartoffeln. Fox wirft die Frage auf, ob bei dieser Art der Affection — vorausgesetzt, dass es sich um Endothrix gehandelt habe — der Pilz nicht eine grössere Virulenz gehabt habe, oder ob es sich nicht um einen noch unbekannten Pilz in diesem Falle gehandelt habe.

Robert Herz (Prag).

Cavanié, E. Essai sur la pathogénie de la melanodermie parasitaire. Thèse de Paris 1898, Nr. 166. 52 Seiten.

Der Umstand, dass bei Phthiriasis Pigmentationen auch an Stellen auftreten, wo sicher keine Parasiten hingekommen sein können, nämlich am Gaumen, am Zahnfleisch und am Präputium, erschüttert die bestehenden Ansichten über das Zustandekommen dieser Pigmentationen. — Nach eingehender Widerlegung der bestehenden vier Theorien (Fabre, Grisel, Thibierge und Boudou) führt Verf. seine eigene Ansicht aus, die in folgenden Sätzen gipfelt: Das gesunde, junge Zellprotoplasma sträubt sich gegen die Aufnahme von Substanzen, die für seine Ernährung unnütz sind. Fremde Elemente finden nur dann Eingang in das Zellprotoplasma, wenn es einen Theil seiner Vitalität eingebüsst hat. Hyperpigmen-



tation beweist einen leidenden Zustand der Schleimzellenschicht. Sowohl bei den Melanodermien, welche gewisse Allgemeinerkrankungen begleiten (z. B. Phthise, Carcinom, Addison, Sumpffieber etc.), als auch bei den Pigmentationen, die localen Verletzungen oder Affectionen der Haut dauernd oder vorübergehend folgen (z. B. Narben, Druckstellen, Zugpflaster, Eczem, Psoriasis etc.), ist auch klinischerseits die Hyperpigmentation als ein leidender Zustand der Zelle zu deuten.

Kuznitzky (Köln).

Saemisch, Th. Ein Fall von Scabies corneae. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. December 1898.)

Bei Saemisch's Kranken, einem 19jährigen Ackerknecht, handelte es sich um ein Hornhautinfiltrat in der typischen Form eines sogenannten „Gefässbändchens" (Keratitis fascicularis). Auffällig musste allerdings sein, dass sich diese gemeinhin bei ganz jugendlichen Scrophulösen auftretende Erkrankung bei einem ganz gesunden 19jährigen entwickelte; auch die gewöhnliche Behandlung der seit zwei Monaten unverändert fortbestehenden Affection blieb erfolglos. Man applicirte dann Ungent. hydrarg. oxyd. rubr., worauf sich unter Steigerung der Reizerscheinungen von dem Hornhautinfiltrate ein Gewebsfetzen ablöste, dessen mikroskopische Untersuchung in Glycerin höchst überraschender Weise ergab: „ein wohlerhaltenes Exemplar einer weiblichen Krätzmilbe, in deren unmittelbarer Nachbarschaft auf der ausgebreiteten feinen Gewebsmasse acht Eier lagen, welche sich in verschiedenen Stadien der Entwickelung befanden". Die nach derselben zurückgebliebene „längliche Vertiefung in der Substanz der Hornhaut" heilte binnen kürzester Zeit unter der gewöhnlichen Behandlung. Ueber die Herkunft der Milbe liess sich nichts eruiren. Weder Patient noch seine Angehörigen wiesen sonst eine Spur von Scabies auf. S. schliesst seine Publication: „Somit liegt hier also ein Fall von Scabies vor, in welchem nur ein einziger Milbengang gefunden wurde, der aber auch in Bezug auf seine Localisation in der Hornhaut vorläufig als der einzige bezeichnet werden muss. Camill Hirsch (Prag).

Nesczadimenko, D. M. P. Zur Pathogenese der Blastomyceten. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. XXV.

Nesczadimenko gibt nach kurzer historischer Einleitung seine eigenen Resultate. Züchtung der Hefen auf Agar mit Gelatine und Malzextract oder Bouillon mit Malzextract oder Bouillon mit 2% Pepton und 3% Traubenzucker. Die Färbung geschieht am besten mit Bismarckbraun und alkalischem Methylenblau, im Gewebe mit Haematoxylin, Eosin, Bismarckbraun. Verf. inoculirte bei seinen Thieren ins Peritoneum, es entstanden Knoten, die nach und nach vereiterten, in dem Eiter Blastomyceten. Bei subcutaner Impfung traten gleichfalls Eiterungsprocesse auf. Die intraperitoneal geimpften Thiere gingen nach 8—12 Tagen zu Grunde.

Wolters (Bonn).

Raehlmann, E. Ueber Blepharitis acarica. Eine Erkrankung der Wimpern und Lidränder in Folge von Milben



in den Cilienbälgen. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Februar 1899.)

Raehlmann berichtet über längere Zeit hindurch angestellte Untersuchungen über das Vorkommen von Demoden folliculorum in den Cilienbälgen. Trotzdem dasselbe „überaus häufig" sein soll, ist dieser „fast makroskopische Parasit bisher am lebenden Auge nicht gefunden worden". Das liegt, meint R., daran, dass das Thier wegen seines Wasserreichthums allen Conservirungsmethoden widersteht, indem es rasch zu unkenntlichen Massen schrumpft und zerfällt; ferner an dem hohen Lichtbrechungsvermögen seines Körpers, weshalb er häufig schwer von umgebenden Talgklumpen und Wurzelscheidengewebe zu differenciren ist. Am leichtesten untersucht er sich gleich nach der Epilation mit den Cilien in Wasser. Am besten hält er sich in fetten Oelen. R. untersucht am meisten in Ricinusöl, in dem sich der Parasit bis zu 24 Stunden lebend erhält. R. fand mitunter an einer epilirten Cilie 5—6 Exemplare davon. Gewöhnlich fallen die Cilien leicht aus. Sie sind „nicht selten anscheinend normal gebildet, zeigen aber doch häufig Verbildungen, knollige Anschwellungen des Wurzeltheiles ihres Schaftes, fast ausnahmslos aber eine Sprödigkeit und Auflockerung der Cuticula oder ein gänzliches Fehlen derselben an den Wurzelstellen des Schaftes. In ausgesprochenen Fällen sind die Haare verkrüppelt, zu kleinen Borsten verkrümmt und zeigen charakteristische Veränderungen des Knopfes resp. Kolbens. R. glaubt nach diesen Befunden nicht, dass die Milben in den Cilien als unschädliche Schmarotzer leben können, wie es vielfach für die äussere Haut behauptet wird. Sie finden sich meistens mit dem Kopfe gegen den Fundus des Balges gerichtet, manchmal jedoch auch in umgekehrter Lage. Aus zahlreichen Präparaten, von denen eine instructive Serie abgebildet ist, schöpft R. die Ansicht über das Eindringen der Thiere: „er frisst sich ein, indem er dicht am Haar seine Gänge gräbt". Der Parasit findet sich nämlich immer dicht am Haarschaft, zwischen ihm und Huxleyschicht und drängt so die Scheide vom Haar ab.

Neben den Thieren beider Geschlechter fanden sich auch die Nymphen, Larven, Embryonen und Eier derselben. Ueberdies aber „auch die Stoffwechselproducte, Ausscheidungen und Excremente, welche theils locker neben dem Haare liegen, theils am Haarschafte kleben und Verdickungen desselben vorstellen, welche die Autoren bisher für Wucherungen der Cuticula gehalten haben".

Es folgt noch die eingehende Schilderung der klinischen Erscheinungen an den Lidrändern und subjectiven Beschwerden der Patienten; die Behandlung der Krankheit und die ausführliche Mittheilung der Krankengeschichten einzelner behandelter Fälle.

Zur Behandlung empfiehlt R. eine in 30 Fällen erprobte Salbe von Perubalsam in dreifacher Verdünnung mit Lanolin oder Lanolin und Ol. amygdal. dulc. Bei täglich einmaliger Anwendung der Salbe sah R.



nach mehrtägiger Application Heilung eintreten, räth aber doch die Salbe noch längere Zeit weiter anzuwenden.

Camill Hirsch (Prag).

Jamieson, Allan W. The cause of the reappearance of pediculi vestimentorum after apparently thorough treatment. (British Journal of Dermatology 1899.)

Nach gründlichster Reinigung der Kleider sowie häufigem Baden konnte Jamieson an den Lanugohaaren eines an Pediculosis vestimentorum leidenden Individuums noch immer hie und da die Eier der Läuse nachweisen. Um den dadurch bedingten Recidiven zu begegnen, schlägt er als Behandlung die Einreibung des ganzen Körpers mit Paraffin mit nachfolgendem warmen Bade, dem etwas Carbolsäure zugesetzt wurde, vor. Dies sei Sublimatbädern, sowie Quecksilberfumigationen vorzuziehen. In Hinsicht auf obigen Befund sei der Name „Pediculi corporis" besser, als die bisherige Bezeichnung „Pediculi vestimentorum".

Robert Herz (Prag).

Sensibilitätsanomalien.

Adam, Paul. Hyperästhesie der Haut bei inneren Organerkrankungen. Inaug.-Diss. Berlin 1897.

Adam hat eine Reihe von Patienten aus Goldscheider's Abtheilung auf Hyperalgesieen untersucht, die sowohl bei rein nervösen, als auf der Basis von Organerkrankungen auftreten. Es handelte sich dabei nicht um Schmerzen, die spontan empfunden werden, sondern erst vermittelst Reizen hervorgerufen werden, die sonst keinen Schmerz auslösen, also unterschmerzlich sind. Als einwandfrei fand er u. A. einen Fall von Ikterus, bei dem er in der rechten supraumbilicalen Gegend einen besonders schmerzhaften Punkt fand, einen Fall von Herz- und Nierenaffection, bei welchem in der Nähe der Crista ossis ilei und der Process. spinos. ein Maximum Spot war. In den bei weitem meisten Fällen fand er innerhalb der afficirten Gebiete Hautstellen mit geringfügiger Veränderung (Hautröthe, kleiner Bläschenausschlag). Bei einem Aneurysma aortae waren Hyperästhesien bis ins Epigastrium hinab vorhanden und bei einem Fall von acutem Magencatarrh sehr stark ausgesprochen an einer Hautpartie von kleiner Handtellergrösse links vom Nabel.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Fournier, H. La dermatothlasie. Journ. des mal. cut. et syph. 1898. pag. 225.

Unter diesem von ihm erfundenen Namen schildert Fournier die Gewohnheit mancher Menschen, sich mit Fingern, Nägeln oder Instrumenten Wunden beizubringen, dieselben immer wieder aufzukratzen und ihre Heilung zu verhindern. Zur Illustration bringt er die Krankengeschichte eines 38jährigen Mannes, der früher die Gewohnheit hatte,



seine Nägel zu benagen und jetzt den ganzen Tag über nichts thut, als sich Wunden beizubringen, wo er nur mit seinen Händen hinkommen kann, und die Heilung derselben zu beobachten. Hierher gehört auch die Gewohnheit mancher Menschen, sich die Haare des Kopfes stellenweise auszureissen und die Kopfhaut zu zerkratzen, was bei der Möglichkeit der Uebertragung von Mikroorganismen und besonderer Erysipelcoccen recht bedenklich sein kann. Die Mehrzahl dieser Menschen ist natürlich psychopathisch veranlagt, ein Theil aber auch geistig normal. Vielleicht mit hierher gehörend betrachtet Fournier auch die Gewohnheit nervöser junger Mädchen, sich täglich stundenlang vor dem Spiegel Acnepusteln und Comedonen auszudrücken und fortwährend jede Borke im Gesicht abzukratzen, was natürlich den Zustand bedeutend verschlimmert. Verfasser macht den Vorschlag, eventuell bei der Aussichtslosigkeit jeder anderen Therapie sich der Suggestion zu bedienen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Le Traitement du Pruritus. Journal des Practiciens, June 1899.

Der Verfasser legt besonderen Nachdruck darauf, zuerst die Ursachen der Erkrankung festzustelien, ehe man mit der Behandlung beginnt. Denn, nachdem er die Symptome in zwei Gruppen getheilt hat, in solche, welche von einer localen Reizung herrühren (Scabies etc.) und solche, wo der Pruritus das Symptom einer allgemeinen Erkrankung ist (Nephritis, Diabetes etc.), gibt der Verfasser eine Aufzählung von weniger bekannten pathologischen Ursachen. M. Murtry (Breslau).

Munk, Wilh. Ueber Pruritus vulvae mit Carcinom der Vulva. Inaug.-Diss. Erlangen 1898.

Seit vier Jahren heftiges, besonders Abends exacerbirendes Jucken an den äusseren Geschlechtstheilen bei einer 67jährigen Frau, als dessen Ursache ein Carcinom der Vulva constatirt wurde. Patientin geht an der Operation zu Grunde. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. B).

Merletti, C. Sui rapporti clinici ed anatomo-patolojici della vulvite pruriginosa col cancroide e colla craurosi vulvare. (Arch. di ostetricia e ginecologia. Febr. u. März 1899.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Pruritus vulvaris, die mit Leukorrhoe begannen, einen chronischen Verlauf nahmen, nicht durch die gewöhnliche Therapie zu beeinflussen waren, und von denen der eine den Ausgang in Kankroid nahm, während der andere zur Kraurosis führte. In dem ersten Falle beobachtete Verf. zwei verschiedene Stadien der Krankheit. Zuerst eine geschwürige Fläche in der Gegend der Klitoris, die klinisch als oberflächliches Carcinom angesprochen wurde, sich aber histologisch nur als eine chronische Entzündung darstellte. Zu gleicher Zeit bestand eine angeschwollene Leistendrüse, die, excidirt, als vereitert erkannt wurde. 3 Monate nach der Excision des Geschwürs Recidiv desselben in Form eines kleinen Knotens, in dem jetzt histologisch die Diagnose Krebs gestellt wurde. In dem zweiten Falle bestand Atrophie



und Schrumpfung der äusseren Genitalien, die, von hellrothem Colorit, lederartig anfühlen und excoriirt waren. Histologisch fand sich, ausser sklerotischem Bindegewebe in den tieferen Schichten des Dermas und ausser kleinzelliger Infiltration in dessen mittleren Lagen, vollständiger Schwund der Haare, der Drüsen und der Nerven. Verf. sieht als Ursache für den krebsigen, resp. atrophischen Ausgang die durch den Pruritus hervorgerufenen chronischen Entzündungsprocess an.

L. Philippson (Palermo.)

Tuttle, J. P. Pruritus Ani. The Medical News. Bd. LXXVI. Nr. 4. 1900.

Tuttle beschreibt die verschiedenen Ursachen des Pruritus ani und ist überzeugt, dass bei der Behandlung stets gute Resultate erzielt würden, wenn man die Aetiologie im Auge behält. Bei der localen Behandlung hat ihm eine Salbe, bestehend aus Acid. Carbol. 10·0—20·0, Acid. Salicyl. 2·0—10·0, Acid. Boric. 5·0 und Ungt. Aquae Rosae oder Glycerin ad 100·0 stets gute Dienste geleistet. Ichthyol gebraucht er häufig, ebenfalls Conium und Cocain, wenn viel Schmerz vorhanden ist. Curetiren, den Galvano-cauter oder radicale Operationen hat er nie für nöthig befunden.

Louis Heitzmann (New-York).

Anatomie, Physiologie, pathol. Anatomie, allgem. und experim. Pathologie und Therapie.

Leslie, Roberts. Some comparative observations on Epithelium. (British Journal of Dermatology 1900.)

Ueberzeugt von der grossen Bedeutung, die der vergleichenden Histologie für das Verständniss vieler Krankheitsprocesse der menschlichen Haut zukommen dürfte, hat sich der Verfasser der Mühe unterzogen, verschiedene niedere Wirbelthiere (wie z. B. den Regenwurm, den Frosch, die Schlange, Schnecke etc.) auf die histologischen Eigenthümlichkeiten des Epithels zu prüfen, und theilt das Ergebniss dieser ausführlichen Untersuchungen mit.

Robert Herz (Prag).

Honkamp. Ist es unwissenschaftlich, die Bezeichnungen „elastisches“ Bindegewebe und „Elastin“ beizubehalten. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XXIX

Honkamp kommt gegenüber Triepel zu dem Schlusse, dass es nicht gerechtfertigt sei, die eingeführten, guten und sinngemässen Bezeichnungen, „elastisches“ Bindegewebe und „Elastin“ fallen zu lassen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Pabst, Sizzoi. Zur Anatomie und Genese der Atherome. Inaug.-Diss. Würzburg 1897.

Mikroskopisch unterscheidet Pabst an den Atheromen ein Pericystium aus feinen, kernarmen Bindegewebsfasern bestehend und von zahlreichen Blutgefässen durchsetzt; dann folgt eine homogene Membran



(Basalmembran), der ein verschieden geartetes Epithel aufsitzt, entweder 1—3 schichtiges Plattenepithel, oder niederes cubisches Epithel. Dann folgen verschieden dicke Lagen in Degeneration begriffener Zellen, dann eine homogene geschichtete Masse, die allmälig übergeht in den körnigen Zerfall des Inneren. An den Zotten und Höckern keine Papillenbildung zu erkennen. In den Höckern einige Epidermisperlen. Nirgends Anlagen von Haaren, Schweissdrüsen, Talgdrüsen. Also keine Dermoidcysten, sondern Retentionscysten, hervorgegangen aus ectatischen Haarbälgen oder aus Talgdrüsen. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Heinz, Fritz. Neue Beiträge zur Kenntniss der Histologie der Naevi pigmentosi. Inaug.-Diss. Würzburg 1898.

Heinz hat zwei Fälle von Naevi von einem 9 und einem 3 Jahre alten Kinde histologisch untersucht. In beiden Fällen fand er eine Anhäufung von Zellen, in Form von Nestern, Zügen und Strängen, im ersten, jüngeren Falle konnte die Beziehung der Zellenmassen zu Blut- und Lymphgefässen erwiesen werden, während im zweiten eine mehr diffuse Zellinfiltration hervortrat, die sich auch hier noch über das Gebiet der Cutis hinaus in das subcutane Fettgewebe fortsetzte.

Das Pigment war zumeist in Zellen eingeschlossen, die den Charakter der Bindegewebszellen trugen mit feinen, auch getheilten, ebenfalls pigmentirten Fortsätzen. Die grösste Masse des Pigments war in den vorliegenden Fällen in der Epidermis vorhanden und zwar in der Reteschicht. Die Pigmentzellen waren nicht da am reichlichsten, wo sich die Zellenhaufen und Zellstränge nachweisen liessen, sondern es war im Gegentheil die Pigmentablagerung am intensivsten in einer, von Zellenwucherung freien Zone, die den der Epidermis benachbartesten Bezirken des Coriums entsprach. Es ist daher nicht anzunehmen, dass die vielfach besprochenen Zellenanhäufungen die Pigmentzellen direct produciren.

Ausserdem war Pigmentirung im Rete schon vorhanden an Stellen, die von Zellenwucherung im Corium noch nichts aufzuweisen hatten, ja sie ist hier vorhanden allein auf das Epithel beschränkt, ohne dass Beziehungen zu etwa aus dem Corium einwachsenden pigmentirten Bindegewebszellen nachzuweisen wären.

Heinz glaubt, dass also zuerst eine abnorme Pigmentirung der Epidermis, der Retezellen vorhanden ist, dass das in vermehrter Menge in den Epithelzellen gebildete Pigment von den Bindegewebs-(Saft-)Zellen des Coriums aufgenommen und innerhalb der Lymphbahnen in die tiefer gelegenen Schichten des Coriums, bez. der Cutis fortgeleitet wird. Hier kommt es zur pathologischen Ablagerung des Farbstoffs und zu einer reactiven Wucherung von Seiten des Blutgefässbindegewebsapparates, insbesondere aber auch des Lymphsystems.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Beer. Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Haut bei acuten Exanthemen. (Dermatol. Zeitschr. 1900, Heft 2.)



Der Verf. hat Untersuchungen bei Scharlach, Masern und einem Exanthem nach Seruminjectionen gemacht. Seine Befunde stimmen mit denen früherer Autoren überein; er kommt zu dem Schlusse, dass nach dem histologischen Befunde eine exacte Differentialdiagnose zu stellen unmöglich sei. Fritz Porges (Prag).

Delbanco, E. Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. Monatshefte f. prakt. Dermatol. Bd. XXIX.

Bei einem 37jäh. Patienten, der wegen gummöser Lues eine Hg-Injectionsbehandlung durchmachte, bemerkte Delbanco nach der 4. Injection an der Schleimhaut der r. Wange eine Menge gelbdurchscheinender miliarer Körner bis zur Grösse eines Stecknadelkopfes, dicht nebeneinander gedrängt, die Schleimhaut nicht oder nur eben überragend. Diese Körner gruppirten sich zu zwei annähernd gleich breiten Lagern, entsprechend den gegenüberstehenden Zahnreihen, durch einen fast körnerfreien Zwischenraum von einander getrennt. Auch an den anderen Stellen des Mundes, wo sie sich noch fanden, hatte D. den Eindruck, als wenn die massige Entwicklung derselben in der Schleimhaut an einen Druckreiz, bezw. an eine Druckwirkung gebunden sei. Er glaubte ursprünglich, es mit einer Schleimdrüsenhypertrophie zu thun zu haben, die mit Syphilis in keinem directen Zusammenhang stehe, jedoch vielleicht zu dem Hg irgend eine indirecte Beziehung habe. Auf diese Veränderung der Schleimhaut einmal aufmerksam geworden, konnte D. das Vorkommen derartiger kleiner Körner mehrfach erheben, besonders schon an einem anderen Syphiliskranken, der ein dem Vorgeschilderten ganz identisches Bild bot. Erst nach Einleitung der specifischen Cur liessen sich die Körner hier deutlich constatiren. Die histolog. Untersuchung dieses zweiten Falles (Fixirung n. Flemming) ergab den Befund von Talgdrüsenläppchen, die die Körner zusammensetzten, freiliegend, nicht an Haare oder Haaranlagen angeschlossen, im Bindegewebe oder intraepithelial, in der Nachbarschaft mässige entzündliche Infiltration. Letzteren Umstand betont D. gegenüber Audry, ebenso das Fehlen von Allem, was sich als Andeutung von Haaren ansehen liesse. Der Ausführungsgang dieser Talgdrüsen durchläuft die Stachelschicht in gerader Linie. D. möchte, nachdem es sich hier um in embryonalen Leben verlagerte Keime epithelialen Ursprungs handelt, diese Anomalie in die Gruppe der Naevi einrechnen. In Folge äusserer Reize beginnen diese in die Schleimhaut verlagerten Talgdrüsen sich massiger zu entwickeln (stärkeres Hervortreten während einer Quecksilbercur oder nach einer solchen, in Folge Salivation und Reizung durch schadhafte Zähne, daher ihr Befund bei Syphilitischen) Verf. lehnt auch die von Audry gewählte Bezeichnung „atrophische" Talgdrüsen ab, indem er hervorhebt, dass dieselbe im anatom. Sinne eigentlich nur den von Pinkus beschriebenen, „rudimentären" Talgdrüsen zukommt. Ludwig Waelsch (Prag).

Delbanco, E. Ueber die Entwicklung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. (Notiz zum Aufsatz von Audry:



Ueber eine Veränderung der Lippen und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen.) Monatschr. f. prakt. Dermatol. Bd. XXIX.

Delbanco beobachtete 2 Fälle der von Audry geschilderten Affection (1898—1899). Die histolog. Untersuchung ergab, dass die eigenthümlichen, in der Wangenschleimhaut gelegenen Körnchen, wie ihm die Fixirung in Flemming's Lösung bewies, aus Talgdrüsen beständen. Er stellt eine ausführliche Publication über diesen Gegenstand in Aussicht und hebt gleichzeitig hervor, dass seine gleichzeitigen und völlig unabhängigen Untersuchungen den von Audry als Ersten richtig gedeuteten Befund von Talgdrüsen der Mundschleimhaut vollinhaltlich bestätigen konnten. Ludwig Waelsch (Prag).

Bokay. Beitrag zur Kenntniss der Harnröhrendivertikel bei Knaben. (Dermatol. Zeitschr. 1900, Heft 5.)

Der Verf. berichtet über 3 Fälle von Harnröhrendivertikel eigener Beobachtung. 2 Fälle kamen zur Section. Die genaue anatomische Untersuchung liegt vor. Im Anschlusse daran gibt er eine ausführliche Beschreibung der in der Literatur bekannten Fälle.

Fritz Porges (Prag).

Krzysztalowicz, F. In wie weit vermögen alle bisher angegebenen specifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben? Gekrönte Preisarbeit. Monatshefte für praktische Dermatologie, Band XXX.

Um die gestellte Frage zu beantworten, versuchte Krzysztalowicz die verschiedenen für Elastin als electiv angegebenen Färbemethoden, im ganzen 16 in der angegebenen Richtung. Er theilt dieselben in 3 Gruppen ein.

Die erste umfasst diejenigen, bei welchen die Härtung in Flemming'scher Flüssigkeit nothwendig ist, die Farbstoffe sowohl sauer wie auch basisch sein können. Von diesen gestattet nur die Methode von Lustgarten (Färbung mit Victoriablau: Entfärbung mit Alkohol) eine Differencirung des Elastins vom Elacin.

Zu der zweiten Gruppe zählt er Färbungen mit basischen Farben und unterscheidet hier zwei Unterabtheilungen, je nachdem zum Entfärben sauere Lösungen gebraucht werden oder die specifische Färbung mit basischer Farbe auf der Entfärbung oder Vorfärbung mit einer Beize beruht. Die Methoden der ersteren färben das elastische Gewebe, ohne die basophylen Fasern zu differenciren. Bei der Entfärbung mit einer Beize lassen die Methoden von Herzheimer und Wolter's (siehe das Original) das Elastin vom Elacin unterscheiden, nachdem das Elastin sich schwerer entfärbt.

Die dritte Gruppe umfasst die Tinctionsmethoden mit sauren Farben. Von diesen erlaubt die Orceinmethode nach Tänzer-Unna deutliche Differencirung des Elastin vom Elacin, was die zu dieser Gruppe gehörige Methode von Weigert nicht thut. Gegenüber der letzteren hebt Krzysztalowicz besonders hervor, dass die Färbung mit sauerem Orcein einzig und allein es gestattet, die für Elacin specifischen Färbungen



gleichzeitig vorzunehmen. Um die Elacinfasern mit aller Schärfe zu erhalten, empfiehlt Krzysztalowicz die Tanninmethoden Unna's, bei welchen die Schnitte vorher mit basischen Farbstoffen tingirt werden und dann mit 33% Tanninlösung entfärbt werden; an Stelle der letzteren verwendet er mit Vortheil Unna's Glycerinätherlösung. Auch die Wasserblau-Safraninmethode hat ihnen gute Bilder geliefert. Krzysztalowicz suchte weiters auch nach Methoden, welche die Darstellung von Elastin und Elacin neben einander gestalten unter gleichzeitiger Färbung des Collagen. Mit Hilfe der sich ihm am besten bewährenden „saurer Orcein-Methylenblau-Tanninmethode" und anderer im Original nachzulesender Methoden, studirte Verfasser die Veränderungen der sogenannten „Witterungsdegeneration" Unna's (senile Degeneration der alten Leute), welche unter dem Einfluss von Licht und Luft bei jungen Individuen vorkommen kann. Sie findet sich dann nur an den vor Witterungseinflüssen nicht geschützten Hautstellen (Gesicht, Hals, Hände). Auf Grund der Methoden konnte Krzysztalowicz constatiren, dass das Elacin in der Haut bei der Witterungs- und senilen Degeneration vorkommt, daher bei Individuen verschiedenen Lebensalters angetroffen wird, dass das Verhältniss desselben zu anderen Veränderungen je nach dem Alter des Individuums sich verschieden gestaltet, bei jüngeren Individuen findet sich Elacin in höheren Hautpartien, bei älteren etwas tiefer in der eigentlichen Cutis, zuweilen sogar in der Umgebung des Fettgewebes. Collastin tritt in den oberen Schichten der Haut junger Individuen in grosser Menge auf und scheint mit dem Alter abzunehmen: Collacin entwickelt sich in grösserer Menge erst in höherem Alter.

Ludwig Waelsch (Prag).

Vogel. Ueber die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblütlers. (Virchow's Archiv 1898, Bd. 156.)

Die Versuche wurden theils am Menschen, theils an Kaninchen gemacht. Der Verfasser kommt zu folgenden Resultaten. Cyankalium und Blausäure wurde nicht resorbirt. Leuchtgas drang nicht durch die unversehrte Haut. Schwefelwasserstoff war durch die Haut eingedrungen, erschien in der Ausathmungsluft. Aether dringt durch die Haut ein, wenn in demselben gebadet wird; Chloralhydrat in Aether gelöst dringt ein, in Wasser oder Alkohol gelöst wurde es nicht resorbirt. Höhere Wärme der Aetherdämpfe bewirkt Eindringen ohne Verätzung der Haut, bis zur Narkose. Chloroform dringt in geringer Menge ein. Strychninnitrat in Wasser drang nicht ein, Strychninhydrat in Chloroform wurde resorbirt. Thisostignim drang nur in Chloroform gelöst ein. Salicylsäure in Aether gelöst mit Paraffinsalbe verrieben geht in die Haut des Menschen über, ist 10 Stunden später im Harne nachweisbar.

Fritz Porges (Prag).

Giuseppe, Azarello. La patogenesi della morte nelle scollature e le injezioni di sieri arteficiali come metodo per scongiurarla. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle XXXIII, p. 113.



Giuseppe berichtet über mehrere Versuchsreihen, welche er behufs Ergründung der Pathogenese des Todes bei ausgedehnten Verbrennungen anstellte. Zunächst bespricht er vier Hypothesen, welche bislang die meiste Anerkennung gefunden haben: 1. Der Tod tritt durch Shock ein. 2. Der Tod tritt durch Störungen im Blute ein, entweder in Folge von Circulationsstörungen durch reflectorische Einwirkung auf die vasomotorischen Centren oder durch Thrombenbildung oder endlich durch Veränderung und Zerstörung der Blutkörperchen und Ausscheidung des Hämoglobins. 3. In Eolge von allgemeiner Mikroorganismeninfection ermöglicht durch die grosse, durch die Verbrennung gesetzte Wunde. 4. In Folge von allgemeiner Intoxication, die entweder durch die gestörte Ausscheidung giftiger Stoffe durch die Haut oder durch Bildung giftiger Stoffe in den verbrannten Geweben bedingt wird. Der Autor stellt sich die Beantwortung folgender vier Fragen zur Aufgabe: 1. Finden sich bei den Verbrennungen constant Veränderungen im Circulationssysteme und namentlich des Blutes solcher Art, dass sie direct oder indirect den Tod herbeiführen können? 2. Kann man eine tiefgreifende reflectorische Circulationsstörung als Todesursache annehmen? und wenn ja, ist dieselbe constant oder kann der Tod auch bei Ausschaltung derselben erfolgen? 3. Kann eine Infection angenommen werden und wenn ja, welcher Art ist dieselbe? 4. Kann eine Intoxication angenommen werden und wenn ja, welcher Art ist sie? Zur Beantwortung dieser Fragen stellte der Autor vier Versuchsreihen an. Die Versuche wurden an Kaninchen, Hunden und Fröschen ausgeführt.

In der ersten Versuchsreihe wurden den Thieren durch Uebergiessen mit heissem Wasser oder mittels des Thermokauters oder durch Einbringen der Hinterbeine in Wasser, das allmälig erhitzt wurde, schwere Verbrennungen zugefügt; der Tod trat bei Hunden und Kaninchen einigemale während des Experimentes ein, in der Mehrzahl der Fälle jedoch erst nach durchschnittlich 24 Stunden. Bei sofort eingetretenem Tode fanden sich keine inneren Veränderungen, keine Veränderungen des Blutes oder des Harnes; für diese Fälle nimmt der Verfasser Shok als Todesursache an. Bei den Fällen später eingetretenen Todes zeigten sich Hyperämien der inneren Organe, namentlich der Leber und Milz; keine schweren Veränderungen des Blutes, namentlich keine Thrombosen, keine Veränderungen der Nieren. In einer zweiten Versuchsreihe wurde die Verbrennung an den Hinterbeinen der Kaninchen nach Durchschneidung der Nervi ischiadici und an Fröschen nach Entfernung des Rückenmarkes ausgeführt; Verlauf und Erscheinungen glichen denen der ersten Versuchsreihe. In einer dritten Versuchsreihe wurde Thieren, welchen auf gleiche Weise schwere Verbrennungen zugefügt worden waren, kürzere oder längere Zeit nach der Verbrennung Blut entnommen oder aber der Saft der Muskeln, und zwar entweder der verbrannten oder der unverbrannten Theile und gleichartigen Thieren subcutan eingespritzt; unter entsprechenden Verhältnissen starben diese nicht verbrannten Versuchsthiere unter denselben Erscheinungen wie die verbrannten. In einer



4. Versuchsreihe endlich wurden verbrannten, oder aber durch von verbrannten Thieren stammenden Saft vergifteten Thieren Injectionen mit einem künstlichen Serum verabreicht, welches aus 100 Theilen Wasser, 1 Theile Kochsalz und $\frac{1}{2}$ Theile Natr. bicarb. bestand, und zwar durchschnittlich 40—50 Gr. pro Inject. den Kaninchen, bis 150 Gr. pro Inj. den Hunden; je nach Erforderniss wurden diese Injectionen täglich oder in grösseren Zeiträumen wiederholt. Von den subcutan injicirten Thieren zeigten einzelne keine Veränderung ihres Verhaltens den nicht injicirten gegenüber; bei diesen aber ergab die Section, dass die Flüssigkeit aus dem Unterhautzellgewebe nicht resorbirt worden war. Bei den übrigen subcutan injicirten und bei allen intramusculär injicirten jedoch zeigten die Thiere ein wesentlich anderes Verhalten: die Diurese steigerte sich enorm und die meisten der Thiere überlebten den schweren Eingriff, welchem die Controlthiere in kürzester Zeit erlagen.

Aus diesen Versuchsreihen zieht der Autor folgende Schlüsse: 1. In der ersten Zeit nach oder während der Verbrennung kann der Tod durch Shok erfolgen; dies ist der plötzlich eintretende Tod. 2. In späterer Zeit bringt eine toxische Substanz, ein Ptomain, das in Folge der Einwirkung der hohen Temperatur in den verbrannten Geweben erzeugt wird und von da in den Kreislauf gelangt, im ganzen Organismus eine schwere Intoxication hervor, und der Tod ist die Folge dieser Intoxication. 3. In Fällen, wo der Tod lange Zeit nach der Verbrennung eintritt, können auch die Wunden den Tod dadurch herbeiführen, dass sie ihn dem Eindringen von Mikroorganismen jeder Art aussetzen und ihm die Widerstandskraft gegenüber diesen deletären Einflüssen nehmen. 4. Sicher haben die Injectionen mit Tommasoli's künstlichem Serum einen ausgezeichneten Einfluss bei schweren Verbrennungen, indem sie die Ausscheidung der toxischen Substanzen beschleunigen. Bei einer schweren Verbrennung am Menschen zeigten sie sich von ausgezeichneter Wirkung.

Th. Spietschka (Brünn).

Ponzio, F. Sulla patogenesi della gangrena secca delle estremità per uso di soluzioni fenicate. Giornale Internat. di Sc. med. Nr. XX, p. 625.

Ponzio stellte Thierversuche an, um zu erforschen, unter welchen Bedingungen die trockene Gangrän einzelner Körpertheile bei Anwendung von Carbolsäure in Form von Umschlägen eintrete. Carbolsäurelösungen selbst bis zu 20% erzeugten bei den Versuchsthieren (bei Hunden am Beine, bei Kaninchen am Ohre) niemals trockene Gangrän, wenn der Umschlag so angelegt war, dass keine Compression und Abschnürung der betreffenden Körpertheile stattfinden konnte; jedoch wurde die Gangrän regelmässig dann hervorgebracht, wenn der Verband mit Absicht so angelegt war, dass er die Circulation in den betreffenden Körpertheilen — an den Beinen der Hunde ist in Folge der in Knochenfurchen verborgenen Lage der Gefässe ein derartig abschnürender Verband nicht leicht anzubringen, weshalb derselbe am Schwanze der Hunde angebracht wurde und bei den Kaninchen an den Ohren — mehr weniger



vollständig hemmte. Bei künstlich durch Pankreassecretion diabetisch gemachten Hunden ergeben die Versuche genau dieselben Resultate wie an gesunden. Der Autor schliesst aus diesen Ergebnissen, dass nicht so sehr die Anwendung der Carbolsäureumschläge, oder die Concentration der Lösungen, wenn sie gewisse Grenzen nicht überschreitet, über welchen sie dann als Causticum wirkt, auch nicht so sehr die Körperbeschaffenheit des betreffenden Patienten die Bedingungen für die Entstehung dieser Gangrän abgeben, sondern die Art und Weise, wie der Verband angelegt sei, ob nämlich durch denselben eine Behinderung der Circulation stattfinde oder nicht. Th. Spietschka (Brünn).

Leredde. Die Rolle des Nervensystems bei den Hautkrankheiten. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXX.

Eine kritische Studie, welche sich nicht zu einer Besprechung in einem kurzen Referate eignet. Der Leser sei hiemit auf die interessanten Ausführungen des Originales verwiesen. Ludwig Waelsch (Prag).

Cenci, Francesco. La resistenza dei corpuscoli rossi in alcune malattie della pelle ed in alcuni esperimenti, nei quali Inuzionano taluni cosidetti secreti di protezione (tiroide, capsule surrenati, testicoli). (Widerstandskraft der rothen Blutkörperchen bei einigen Hautkrankheiten und bei einigen Versuchen mit sog. Schutzsecreten, wie Schilddrüsen-, Nebennieren- und Hodensecret. Riforma medica 29. Jan. 5. Febr. 1900).

In dem ersten Theile dieser Arbeit prüft Verf. die Wirkung gewisser Agentien, wie Erhitzung, Kochsalz, gelben Blutlaugensalzes, auf die rothen Blutkörperchen bei einem Falle von Purpura hämorrhagica und findet keinen wesentlichen Unterschied gegenüber der Norm. Es bestand nur eine Vermehrung der Leukocyten, die mit der Besserung der Krankheit an Zahl abnahmen. Bei einem an hämorrhagischen Läsionen leidenden Syphilitiker wird das Blut, wenn es mit 1% Pepsin behandelt wird, dunkler als normales Blut, und seine Elemente verändern sich auch viel schneller; auch sein Albumin wird leichter peptonisirt. Milchsäure und Pankreatin haben keine andere Wirkung auf das Blut von Hämorrhagischen als auf normales Blut.

In dem zweiten Theile werden Versuche bei Thieren mitgetheilt, die sich auf eine etwaige Wirkung der Schilddrüse, der Nebennieren und der Hoden auf das Blut beziehen. Bei Kaninchen, denen Einspritzungen mit Thyroidin gemacht werden, scheint der Hämoglobingehalt zu steigen und scheinen die Leukocyten vermehrt zu sein. Die Exstirpation von Nebennieren ist ohne Einfluss auf das Blut, wenn seine rothen Blutkörperchen mit Kochsalzlösung auf ihren Widerstand geprüft werden, hingegen bei Zusatz von 1‰ gelbem Blutlaugensalz werden sie stärker alterirt, als diejenigen normalen Blutes. Bei Einspritzung von Thyroidin und bei Exstirpation der Hoden existirt letztere Reaction nicht. Das Blut der mit Thyroidin behandelten Thiere widersteht mehr dem Einfluss von Pepsin, Pankreatin und Milchsäure, als das normale. — Es scheint, dass das Blut der der Nebennieren beraubten Thiere weniger der Wirkung

von saurem Pepsin, Pankreatin und Milchsäure widersteht, als normales Blut. — Die Exstirpation des Hodens dagegen hat nicht diese Wirkung. — Das thyroidinisirte Blut wird schneller als normales Blut in Staphilococcenbouilloncultur verflüssigt und das Hämoglobin wird in jenem schneller in Hämatin umgewandelt. — Das thyroidinisirte Blut widersteht mehr als normales, wenn es mit Serum tuberculinisirter Pferde behandelt wird. — Das coagulirte Blut ist Pepsin und Pankreatin gegenüber widerstandsfähiger, wenn es thyroidinisirt ist. Das coagulirte Blut der der Nebennieren beraubten Thiere widersteht hingegen denselben Stoffen weniger. Das coagulirte Blut der der Hoden beraubten Thiere zeigt hingegen keine Differenz gegenüber diesen Stoffen. — Das Blut thyroidinisirter Kaninchen coagulirt viel schneller als normales.

L. Philippson (Palermo).

Herbert, H. Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung. Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XXX.

H. untersuchte eine Zahl menschlicher Bindehäute, welche normal und entzündet waren (Trachom) und verschiedenen Altersclassen angehörten, ferner Bindehäute von Katzen und Meerschweinchen, ausserdem Darmschleimhaut und Lymphdrüsen von Mensch und Thier. Er konnte in seinen Präparaten demonstriren den Uebergang von gewöhnlichem Bindegewebe zu normalem adenoiden Bindegewebe und von diesem aufwärts zur Granulation oder zu chronisch-entzündlichem Gewebe dergestalt, dass das normale adenoide Gewebe eine mittlere Stellung zwischen den beiden anderen Geweben einnimmt. Ferner konnte H. beobachten, dass Lymphocyten, welche für gewöhnlich als nicht beweglich angegeben werden, doch eine amöboide Beweglichkeit besitzen und dass dieselben durch die Wandung der kleinen Venen direct in den Blutstrom eintreten können.

Ludwig Waelsch (Prag).

Frickenhaus, A. Serotaxis durch Aetzkalilösungen. Eine neue Methode zur Diagnose und gleichzeitig zur Therapie von Hautkrankheiten (speciell des Lupus). Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. 28.

Die Thatsache, dass Kalilauge die Gewebe einschmilzt, verflüssigt und dass das, durch aufgetupfte Kalilauge angelockte Serum fast wasserhell ist und in Folge des durch Aetzung bewirkten regen Diffussionsstroms nach der Haut auf deren Oberfläche tritt, brachte F. auf den Gedanken, diese Eigenschaften des Kali zu diagnostischen Zwecken zu benutzen. Er hoffte, dass durch den so eingeleiteten Flüssigkeitsstrom auch Mikroorganismen an die Oberfläche befördert werden, welche in der Tiefe der Hautschichten ihren Sitz haben. — Versuche an Lupus ergaben Tuberkelbacillen in dem durch Kalilauge angelockten Serum. Bei Lepra erhielt er negative Resultate. Nach Reinigung der Hautstelle tupft man Kalilauge (bei erhaltener Hornschicht Liquor Kali caust. 1 Theil, Aqua 3 Theile; auf Granulationsgewebe eine 1% Kalilösung; bei isolirten Knötchen im harten Narbengewebe Liquor Kali caust. mit Aqua aa) auf die betreffende



Hautpartie. Nach ca. 2—3 Minuten ist an dieser Stelle genügend Serum ausgetreten, das mit Wasser vermischt, auf Objectträger aufgestrichen wird.

In therapeutischer Beziehung empfiehlt der Verfasser das Kali in verdünnten Lösungen. Starke Kalilösungen benutzt er nur zum Entfernen der Hornschicht; darauf ätzt er mit einer verdünnten, 1—3·7%. (Die offic. Kalilauge ist 15%.) Die Aetzung wird 2—3 Tage hintereinander wiederholt und hat besonders bei in Gruppen stehenden Lupusknötchen gute Resultate geliefert. Ausgedehntere Processe bleiben die Domaene des chirurg. Eingriffs. Auch beim Ulerythem hält Verfasser die Methode für indicirt. Ludwig Waelsch (Prag).

Fuerst, Ernst. Ueber die Veränderungen der Epidermis durch leichte Kälteeinwirkungen. Inaug.-Diss. Königsberg, 1897.

Um die histologischen Veränderungen durch Kälteeinwirkung zu untersuchen, hat Fuerst Ohren von Kaninchen und Meerschweinchen durch Aetherspray für kürzere und längere Dauer zum Erstarren gebracht. Zum Aufthauen genügt die Wärme der Hand, welche die Erstarrung in wenigen (4) Secunden wieder löste und die Circulation wieder herstellte. Während nun ein einmaliges Gefrieren während einiger Secunden nur wenig dauernde Veränderungen hervorbringt, erzeugt die Wiederholung solcher Eingriffe Veränderungen, die die normale Structur des Organes völlig verwischen können. Makroskopisch ist zu constatiren, dass das Ohr immer dicker, steifer, undurchsichtiger wird und die Haut sich in dicken Hornfetzen loslöst. Mikroskopisch untersucht, beschränken sich die histologischen Veränderungen fast ausschliesslich auf die Epidermis und ihre Anhangsgebilde, Haarbälge und Talgdrüsen. Die Epidermis ist stark verbreitert, weniger durch Vermehrung der Zelllagen als durch Vergrösserung der einzelnen Zellen, der Zellkörper sowohl als der Kerne. Protoplasma normal oder granulirt, Kerne gross, viele karyokinetische Figuren, zum Theil von pathologischer Form.

Dann ist die Epidermis durchsetzt von Riesenzellen der verschiedensten Grösse und Form zwar kleine zweikernige Formen bis zu ausserordentlich grossen Zellen mit massenhaften, oft unzählbaren Kernen. Häufig wurden auch mitten im Epithel gelegene concentrische Schichtungskugeln angetroffen, ähnlich den Perlen in Plattenepithelkrebsen.

Die tieferen Epidermisgebilde, Haarbälge und Talgdrüsen zeigen sich stark hypertrophisch. Das Lumen der letzteren erscheint beträchtlich erweitert, die sehr vergrösserten, vielfach mehrkernigen Zellen sind oft im Zustande der Degeneration begriffen und lassen Vacuolen nebst Granulirung erkennen.

Gegenüber diesen hochgradigen Wucherungserscheinungen der Epidermis ist die geringe Betheiligung des Coriums sehr auffallend. Dasselbe ist entweder gar nicht verändert oder höchstens etwas (1½mal) verbreitert. Mitosen oder Zellvergrösserungen lassen sich nicht nachweisen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).



Truffi, Mario. Intorno alla presenza die globuli bianchi a granulazioni eosinofile in alcune malattie cutanee. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXX, p. 757.

Truffi untersuchte verschiedene bullöse Hauterkrankungen (Pemphigus, morbus Duhring etc.) auf granulirte eosinophile Leukocyten; die Untersuchungen bestätigen die Angaben von Leredde und Perrin. Th. Spietschka (Brünn).

Reich, Curt. Beitrag zur Kenntniss der hämatogenen Pigmentbildung. Inaug.-Diss. Halle 1898.

Reich hat auf Grund seiner Untersuchungen an der Milz-Pulpa von Winterfröschen feststellen können, dass auch in der Milz eine directe extracelluläre Pigmentmetamorphose der rothen Blutkörperchen stattfindet und dass das in der Milz vorgefundene Pigment nicht allein ausserhalb der Milz entsteht, vom Blutstrom dahin eingeschwemmt und daselbst abgelagert wird.

Es findet also in der Milz, entgegen den Ansichten von Biondi und Latschenberger, eine locale hämatogene Pigmentbildung statt.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Mathieu, C. De la cellule interstitielle du testicule et de ses produits de sécrétion (Cristalloïdes). Thèse de Nancy 1898. Nr. 8. 89 Seiten. 2 Tafeln mit 18 Figuren.

Nur der Hoden des Erwachsenen enthält Crystalloïde. Beim Kind und beim Greise fehlen sie. Aber beim Erwachsenen enthält auch nur dann der Hoden Crystalloïde, wenn die Zwischenzellen des Hodens unversehrt und ihre Sectionsproducte unbenutzt sind. — Die Anzahl der Crystalloïde steht in gradem Verhältniss zur Thätigkeit und Anzahl der Zwischenzellen des Hodens und in umgekehrtem Verhältniss zum Verbrauch ihrer Secretionsproducte (reichliche Spermaabsonderung). — Bei den Thieren scheint das gleiche Verhältniss zu bestehen. — Die Crystalloïde des menschlichen Hodens können also als Substanzen betrachtet werden, die von den Zwischenzellen des Hodens secernirt, dazu bestimmt sind, von den Samenzellen bei der Production der Spermatozoïden verbraucht zu werden. — Die Zwischenzelle des Hodens scheint ausser der secretorischen noch eine weitere active Function zu besitzen: nämlich in diejenigen Samencanälchen, deren spermatogenetische Thätigkeit erschöpft ist, einzudringen und sie zu zerstören. — Der Arbeit liegen eigene Untersuchungen von 12 menschlichen und 16 thierischen Hoden zu Grunde. — 69 Literaturangaben. — Zwei Tafeln mit 18 sehr klaren und instructiven histologischen Abbildungen. Kuznitzky (Köln).

Hutchins, M. B. Atlanta: Ueber veränderliche Resistenz bei elektrolytischer Arbeit und die Nothwendigkeit eines Galvanometers. Journal of cutaneous and genito urinary diseases. Mai 1899.

Auf Grund ausgiebiger Experimentationen an sich und anderen kommt Hutchins zur Ueberzeugung, dass man ohne Galvanometer nicht an elektrolytische Arbeit gehen solle, da die individuelle Resistenz in Folge



verschiedenster Ursachen grossen Schwankungen ausgesetzt ist. Indem die Elektrolyse ein chemischer Process ist, wird dieselbe durch die verschiedensten in der Stromkette betheiligten Substanzen beeinflusst. — Dahin gehören allmögliche Verschiedenheiten in der Construction der Apparate; chemische Veränderungen in denselben durch Abnutzung etc. — Verf. fand, dass verschiedene Individuen ungleichartig reagiren; ferner dass auch dasselbe Individuum zu verschiedenen Zeiten sich ungleichmässig verhält. Beck (New-York).

Funk. Ueber Radicalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris disseminatus mittels Guajakolpinselungen. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. XXIX.

Auf Grund von 2 Beobachtungen kommt F. zu dem Schlusse, dass Lupus disseminatus-Efflorescenzen unter Pinselungen mit reinem Guajakol sicher heilen, insofern sie nicht in anderweitige Abart des Lupus vulgaris übergehen. Bei letzteren erwiesen sich Guajakolpinselungen als resultatlos. Die Methode ist schmerzlos und einfach. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle. Monatshefte f. pract. Dermat. Bd. XXIX.

Unna hat fibröse Tumoren verschiedenster Art, keloide Narben, Leprome, Syphilome, Lupus, mit Thiosinaminseife (Saponis unguinosi 10, Thiosinamini 0·5—1·0—2·0) sowie mit Pflastermullen (10—20—30 Gr. pro m) mit gutem Erfolge behandelt, und sogar bei Pockennarben mit einer Nachts getragenen Maske aus Thiosinaminpflastermull Besserungen erzielt. — Die Methode führt für sich allein oder in Combination mit anderen Mitteln (Hg-Pflastermull-Massage) zu guten Resultaten.

Ludwig Waelsch (Prag).

Krzystalovicz. Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unna'schen Methode. Monatshefte f. prakt Dermatol. Band XXX.

K. erzielte mit der von Unna angegebenen Lupusbehandlung bei 15 Patienten sehr gute Erfolge. Er verwendete, ausgehend von dem Grundsatze Unna's, dass eine Radicalheilung ohne Beseitigung der Bacillen unmöglich ist, als bacillentödtendes Mittel, welches ausserdem auch noch ätzend wirkt, besonders das Chlorantimon, das in höchst concentr. Zustande als Liquor stibri chlorati flüssig ist. Dasselbe bildet den wirksamsten Bestandtheil der grünen Lupussalbe Unna's (Acidi salicyl, Liquor stibri chlorati aa. 2·0 Creosot, Extr. Cannabis indicae aa 4·0 Adipis lanae 8·0). Die Salbe wird dünn aufgestrichen und bleibt 1—2 Tage liegen. Die Aetzung, welche verschieden schmerzhaft empfunden wird, muss mehrmals wiederholt werden. — In eine zweite Gruppe von direct bacillentödtenden Mitteln gehört das Kali caust. Dasselbe wurde verwendet in Form der caustischen Paste Unna's (Kali caust., Calcaria usta, sapon. virid., aquae destill. aa). In trockenem Zustande ätzt diese Paste nur sehr oberflächlich. Deshalb wird sie messerrückendick auf den Lupusherd aufgestrichen und ein feuchtes Wattafläumchen darübergelegt. Zur Entfernung der kleinen Lupusknötchen wurde die Spickmethode Unna's verwendet, indem kleine,

mit Liquor stibri chlorati getränkte, zugespitzte Hölzchen in die Haut eingebohrt, nach 48 St. herausgenommen werden.

Ludwig Waelsch (Prag).

Asselbergs. De l'action des injections de calomel dans le lupus et les affections non syphilitiques. Annales 1898.

A. behandelte 25 Lupusfälle mit Calomelinjectionen von 5 Cgr. im Mittel in Zwischenräumen von 10 Tagen und steigt bis zu 15 Injectionen. Ist bis dahin kein Erfolg aufgetreten, so ist von einer weiteren Behandlung abzustehen. Mit Ausnahme zweier Fälle, bei denen der Misserfolg vielleicht der tub. Cachexie oder der Stärke der loc. Infection zugeschrieben werden muss, reagirten alle theils mit einem Rückgang, theils mit vollständigem Verschwinden der Infiltration und Ulceration. Die Lupusknötchen leisten der Rückbildung grösseren Widerstand. Recidiven konnten nicht verhütet werden. Epitheliom, Carcinom, Elephantiasis zeigten erhebliche Besserungen, so dass die günstige Wirkung von Calomelinject. nicht zu diagnostischen Schlüssen herangezogen werden kann.

R. Fischel (Bad Hall).

Verrotti. Il calomelano nella cura del lupus. (Giorn. internaz. d. scienze mediche 1900, 31. Jan.)

Verf. hat vier Fälle von Lupus vulgaris mit Calomelinjectionen behandelt und kommt zu dem Ergebniss, dass dieselben ganz und gar keinen Einfluss auf das eigentliche lupöse Gewebe ausüben. Wohl können sich unter ihrer Wirkung die Geschwüre und das Oedem bessern, aber dies ist eine Erscheinung, die auch bei anderen Krankheiten, die in gleicher Weise behandelt werden, vorkommt. Beim Lupus haben die Injectionen sogar einen schädlichen Einfluss auf das Blut: Herabsetzung des Hämoglobingehaltes, der Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen.

L. Philippson (Palermo).

Daulos, M. Tuberculose cutanée améliorée par le traitement mercuriel. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10. Fevrier.

Wesentliche Besserung eines Falles von Scrophuloderma nach gemischter Behandlung mit Hydrargyrum protojodur. 10 Centigr. und 8 Gr. Jodkali pro die.

Der Effect erinnert an die Erfolge der Lupusbehandlung durch Calomel.

Eine genaue Indicationsstellung der mercuriellen Behandlung bei localer Tuberculose wäre erstrebenswerth. R. Fischel (Bad Hall).

Philippson. Eine neue Lupusbehandlung durch innere Medication. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Philippson behandelte in zwei Fällen Lupuskranke mit Fluor-Natrium. Das Präparat wurde in Pillenform oder intramusculär gegeben. Verf. bemerkte deutliche Besserung der Affection, doch konnte vollkommene Heilung nicht erzielt werden, nachdem Fl-Na auf die Dauer vom Magen nicht vertragen wird, auf dem Wege von Injectionen zu geringe Mengen einverleibt werden können. Fritz Porges (Prag).



Unna. Ein einfacher Heissluftbrenner. Monatshefte für prakt. Dermatol., Bd. XXVIII.

Unna verlegte das kleine Loch am Fussende des Metallansatzes, seines Mikrobrenners, zu welchen die mit Benzindämpfen geschwängerte heisse Luft wieder heraustritt, nachdem sie zu Erhitzung des Platinschwammes gedient hat, und erhielt dadurch einen kleinen Heissluftapparat, der ihm zur Entfernung kleiner Geschwülste, Naevi u. s. w., bei Schankern sehr gute Dienste leistete und auch die Lupusbehandlung nach Holländer ermöglicht. Ludwig Waelsch (Prag).

Macleod, J. M. H. Observations on some of the more recent methods of treating Lupus vulgaris. (British Journal of Dermatology 1899.)

Die neueren Behandlungsmethoden des Lupus, über die Macleod in zusammenfassender Weise berichtet, sind folgende: die Finsen'sche Lichtbehandlung, die besonders von Neisser so empfohlene Behandlung mittels Röntgenstrahlen, die Methode der Excision und nachfolgenden Transplantation nach Lang, schliesslich die Therapie des Lupus mittels heisser Luft nach Holländer, sowie die Holzspickmethode Unna's. Der Autor, der Gelegenheit hatte, diese Behandlungsweisen des Lupus auf dem Continente kennen zu lernen, gibt in diesem Aufsatze bloss eine beschreibende Zusammenstellung derselben, ohne sich hiebei in irgend welche kritische Betrachtungen einzulassen. Robert Herz (Prag).

Mackenzie, St. On Phototherapy, or the light-treatment of Lupus vulgaris. (British Journal of Dermatology 1899.)

Mackenzie hat die Finsen'sche Behandlungsmethode des Lupus an Ort und Stelle studirt. Die Zahl der auf diese Weise behandelten Fälle überhaupt, hatte zur Zeit von Mackenzie's Aufenthalt die Höhe von 400 nahezu erreicht, und es war mit der Verbesserung der recht kostspieligen Apparate auch eine Steigerung der therapeutischen Erfolge einhergegangen. Diese bestehen vorwiegend in Erzielung glatter, geschmeidiger, nicht stark hervortretender Narben ohne Tendenz zur Schrumpfung. Die Resultate sind bei oberflächlicheren Processen sehr günstige zu nennen, weniger günstig bei tiefergehenden Herden, da das Licht nur schwer in die Tiefe zu dringen vermag. In fast 75% der Fälle war gleichzeitig Schleimhautlupus vorhanden, doch war auch hier die Einwirkung des Lichtes eine augenfällige, ja oft sogar von glänzendem Erfolge begleitete. Je nach der Beschaffenheit der Gewebe ist die Einwirkung des Lichtes von Entzündungserscheinungen an den betroffenen Stellen gefolgt, u. zw. waren dieselben bei Sonnenlicht geringer, als bei Anwendung von Bogenlicht, doch schwanden dieselben stets bei Aussetzen der Therapie in kürzester Zeit. Recidiven traten in vielen Fällen auf; manches Recidiv war wohl auf die ungenügende Behandlung der ersten Infectionsherde zurückzuführen. Immerhin war die Zahl derjenigen Fälle gross genug, in denen 1—2 Jahre nach erfolgter Behandlung noch

kein Recidiv aufgetreten war. Ein grosser Nachtheil der Methode liegt in der zumeist 3—4 Monate, mitunter aber auch bis 1 Jahr währenden Behandlungsdauer, wobei die Lupusherde fast täglich eine ganze Stunde hindurch dem Lichte ausgesetzt werden. Ferner, wie erwähnt, in den grossen Kosten für die Anschaffung der Apparate. Dementsprechend beträgt aber auch der Preis für die Behandlung 30—70 dänische Kronen, für Ausländer sogar 100 Kronen monatlich. Robert Herz (Prag).

Mibelli, V. Sulla cura dell epitelioma cutaneo con la miscela arsenicale die Cerny e Truneczek. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle XXXIII, pag. 615.

Mibelli erzielte vollständige Heilung bei drei Fällen von oberflächlichem Epitheliome der Gesichtshaut mit der von Cerny und Trunečck angegebenen Arsenlösung; er verwendete jedoch nicht einfache Einpinselungen, sondern bedeckte die Epitheliome mit einem in die bis 2% starke Lösung (beim letzten Falle acid. arsenicos 1·0, Alkohol, Aether sulf. a. a. 25) getauchten Wattabäuschchen. Die Heilung erfolgte rasch unter Bildung einer vollständig glatten Narbe.

Th. Spietschka (Brünn).

Casarini, C. Cura degli epiteliomi cutanei col metodo di Cerny-Trunecek. (Riforma medica 1900, 20. und 21. Febr.)

Verfasser hat fünf Fälle von Hautepitheliom mit der Arsenmethode von Cerny-Trunecek behandelt und kommt zu dem Resultate, dass dieselbe zwar ungefährlich und von den Kranken im allgemeinen vertragen wird, dass sie aber bei oberflächlichen Epitheliomen kaum einen Vorzug vor anderen besitzt, da auch bei ihr die Recidive auftreten.

L. Philippson (Palermo).

Rie. Behandlung der Hautepitheliomen mit concentrirtem Licht. (Dermatol. Zeitschr. 1900, Heft 4.)

Von 16 auf diese Art behandelten Fällen war in 3 Fällen die Behandlung resultatlos (davon ein Fall von Ulcus rodens über Handtellergrösse), 5 Fälle wurden gebessert, 7 Fälle geheilt. Der Zeitraum seit der Heilung beträgt ½ bis 2½ Jahre. Fritz Porges (Prag).

Loewald. Die Behandlung der Hautkrankheiten mit Finsen's concentrirtem Lichte und X-Strahlen. (Dermatol. Zeitschr. 1900, Heft 4.)

Der Verf. recapitulirt die Wirkungen der genannten Strahlen. Die Arbeit enthält nichts Neues. Fritz Porges (Prag).

Zarubin, V. Berichtigung und Ergänzung. Monatshefte f. prakt. Dermat., Bd. 29.

Als Nachtrag zu seinem Artikel über die Wirkungen der X-Strahlen auf die Haut (Monatshefte, Bd. 28) weist Zarubin auf die günstigen Erfolge der Sykosisbehandlung mittels der Epilation der X-Strahlen (Freund und Schiff) hin. Ferner hebt er hervor, dass Freund eine



erfolgreiche Modification der Therapie der Hypertrichose mit X-Strahlen angegeben, und die ersten Experimente zur Feststellung der wirksamen Potenz bei der Röntgenbehandlung angestellt hat und als Erster auf die dermatotherapeutische Kraft der X-Strahlen aufmerksam gemacht hat.

Ludwig Waelsch (Prag).

Saalfeld, E. Die Behandlung des Eczems im Kindesalter. (Der Kinder-Arzt, X, 1899, S. 1.)

Für die Behandlung des acuten Eczems älterer Kinder empfiehlt Saalfeld Umschläge der verschiedensten Temperaturgrade (je nach dem subjectiven Empfinden des Patienten) von: Acet. plumbi, Acid. boric., Resorcin, Zinc. sulfur., Thymol (in schwachen Lösungen sub signo veneni gegeben), ferner Kamillen- und Pfefferminzthee-Aufgüssen. Gegen das nässende Eczem gebrauche man indifferente Einpuderungen, nach Schwinden des Nässens, resp. Entfernung etwa gebildeter Borken (Oelumschläge) trägt man auf unbehaarten Stellen Oel, eventuell Oleum zinci, indifferente, nicht zersetzte Fette, Pasten oder Salben mit nicht reizenden Zusätzen (Zinkoxyd, Borsäure) auf. Gegen das schuppende Eczem tritt eine vorsichtige Theerbehandlung in ihr Recht, jedoch nur bei älteren Kindern. Dieselbe Vorsicht muss bei Pyrogallussäure, Chrysarobin und Menthol, das man in Oellösung gegen Brennen und Jucken verordnet, beobachtet werden. Einreibungen mit 2—3% Kalilauge dienen zur Beseitigung derber Infiltrate (pruriginöse Eczeme), ebenso auch Salicylpflastermulle. Wichtig ist die causale Behandlung, besonders beim Gesichtseczem der Kinder (Pediculi capitis, Hitze und Kälte), ferner für Eczeme der Nase und Ohren, der Aftergegend, des Dammes und Scrotum. Bei Eczemen im frühesten Kindesalter empfiehlt sich vor Allem Fernhaltung irritirender Schädlichkeiten, Vermeidung etwaiger übermässiger Anwendung von Wasser und Seife, sowie eine zweckmässige Modification des für Erwachsene geltenden Behandlungstypus. Gegen längere Zeit bestehende Eczeme älterer Kinder wendet man Arsenik innerlich oder subcutan an.

Hochsinger (Wien).

Gowan, Mc., Granville. The Present State of the Galvanocaustic Operation of Bottini for Ischuria. New-York. Med. Journal LXXII. 53 und 178, 14. Juni, 4. August 1900.

Gowan, Mc. berührt zuerst die Schwierigkeiten, eine zuverlässige Batterie zu finden, da eine sehr starke Elektricitätsquelle nöthig sei; 40 Ampères seien mindestens nöthig zu einer befriedigenden Leistung, ein Ampèrometer sei nicht zu entbehren. Ausser bei sehr ängstlichen und nervösen Personen genügt locale Anäesthesie, zu der er Guyon's Solution angewendet hat (Antipyrin 1·5 Gramm Tinct Opii gutt 10, Aquae 90 Gramm, 40 Minuten vorher in das entleerte Rectum eingespritzt), in Zukunft aber 5% Nirvaninlösung gebrauchen will. Die Blase wird mit Borsalicyllösung gefüllt. Der wesentlichste Theil der Operation ist die Anlegung einer medianen, hintern Furche, wenn nöthig gefolgt von seitlichen Incisionen; ein Schnitt nach vorn erscheint nicht rathsam. Die Anlegung des Schnitts erfordert 2—3 Minuten, die Länge desselben beträgt 3—3·5 Cm. Den



besten Erfolg für die Operation versprechen die Fälle, bei denen eine Vergrösserung der Prostata nach hinten den Blasenhals so weit nach oben drängt, dass bei aufrechter Stellung die Blasenöffnung nicht den tiefsten Theil der Blase darstellt. Seitliche Lage des Hindernisses der Blasenentleerung gibt kein günstiges Feld für die Bottini-Operation, deren Vortheile namentlich vom Standpunkt des Patienten aus dargelegt werden. Die besten Resultate geben Fälle chronischer completer Urinretention, sogar da, wo augenscheinlich die Blasencontractilität bedeutend herabgesetzt ist. Wichtig ist vorher festzustellen, dass keine Complicationen existiren. Im Weiteren werden sechs Fälle eingehender berichtet. In drei Fällen war das Resultat der Operation befriedigend, in dem vierten war die Prostata krebsig entartet, Drainage der Blase wurde hergestellt, aber Pat. erlag vermöge seines sehr herabgekommenen Zustandes einem Perinealabscess. In dem fünften Fall war der Einfluss der Operation kein günstiger, und der sechste Pat. starb in Folge der Operation: es bestanden Verwachsungen mit den Eingeweiden auf der rechten Seite der Blase, einschliesslich des Appendix, so dass dieselbe unbeweglich fixirt war. Hier war eine ausgedehnte Verbrennung der oberen Blasenwand zu Stande gekommen und hatte zu einer Entzündung des umgebenden Zellgewebes geführt. H. G. Klotz (New-York).

Langmann, Gustav. On a Little-known Method of Treatment of Furunculosis. New-York. Medical Journal LXXI, pag. 854, 2. Juni 1900.

Langmann bespricht die verschiedenen Zustände, welche die Entstehung von Furunkeln und Carbunkeln begünstigen und spricht die Ueberzeugung aus, dass wenigstens in vielen Fällen eine Trophoneurose die wesentliche Rolle spielt. Eine 1881 an sich selbst gemachte Beobachtung brachte ihn zu dieser Ansicht; die Anwendung des galvanischen Stroms auf den n. cutan. exter. führte zu rascher Heilung einer Anzahl Furunkel auf der hinteren Fläche des l. Vorderarms. Seitdem hat Langmann eine grosse Anzahl Furunkeln, namentlich in deren früheren Stadien, erfolgreich mit dem galvanischen Strom behandelt; die meisten trocknen ein, ohne Eiterung, wenn früh genug behandelt, bei weiterer Entwicklung wird unter sehr geringer Eiterbildung der nekrotische Propf ausgestossen, bei mehr ausgebreiteter Eiterung wird mit Sublimatlösung getränkte Watte auf die Stelle gelegt, während Application des Stroms. Die Applicationen werden täglich gemacht, die Cathode wird auf den Furunkel selbst, die Anode in der Nähe desselben aufgesetzt; die Stromstärke variirt von 2—5 Milliampères, die Dauer von 5—10 Minuten, je nach dem Zustand und der Empfindlichkeit des Patienten, im Durchschnitt sind 4—5 Sitzungen nothwendig. Langman rühmt besonders die anästhesirende Wirkung der Cathode; zum Schluss berichtet er über die nicht sehr zahlreiche Literatur über den Gegenstand

H. G. Klotz (New-York).



Jackson, George Thomas. Management of the Hair during and after Fevers. New-York. Med. Journal LXXI, 686, 5. Mai 1900.

Jackson empfiehlt womöglich tägliches Auskämmen und Bürsten des Haares, besonders bei weiblichen Patienten, gelegentliches Einfetten der Kopfhaut mit Vaselin oder Oel. Wenn beim Eintritt der Reconvalescenz das Haar sehr verwirrt ist, räth er bei jüngeren Mädchen das Haar soweit wie nöthig abzuschneiden, bei älteren vorsichtiges Auskämmen des verfitzten Haares. Das Abrasiren des Haares erklärt Jackson für unnöthig, im Allgemeinen genüge eine vernünftige Haarpflege: tägliches Kämmen und Bürsten, Gebrauch einer 12% Schwefelsalbe 1—2mal die Woche oder tägliche Anwendung einer 3% Resorcinlösung in Alkohol und Oel, endlich alle 2—3 Wochen Waschen des Kopfes.

H. G. Klotz (New-York).

Govan, G. Mac, California. Ein neues Mittel zur Behandlung der Alopecia areata. Journal of cutanevus and Genito-urinary Diseases. Mai 1899.

Govan Mac betrachtet die Pathologie dieser Affection noch immer in Dunkelheit gehüllt, indem dieselbe einen parasitären Anschein hat und doch sich wie eine Trophoneurose verhält. Mit Ausnahme Kaposi's, der jedwede Behandlung für illusorisch erklärt und Hyde, der optimistisch zur energischen und geduldigen Behandlung anregt, soll nach Verf. fast jeder Dermatologe sein eigenes Lieblingsmittel anzuwenden suchen. Die Wirkung all dieser Mittel beruht auf irgend eine Combination von Reizung und antiparasitärer Eigenschaft. Unter den zahlreichen Mitteln in Anwendung fand Verf. das acid. acet. glaciale, nebst Oleum Macis, Oleum Cinnamomi als das wirksamste und der Carbolsäure, welche zu energisch reizt, vorzuziehen. Auf der Kopfhaut applicirt Verf. die concentrirte, am Gesichte eine 50%ige alkoholische Lösung. Bei den casuistisch beschriebenen 8 Fällen hat Verf. in durchschnittlich 2½ Monaten sehr befriedigende Resultate erzielt.

Beck (New-York).

Broers. Ueber Haarfärbemittel. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Die Untersuchungen Broer's über die Einwirkung verschiedener metallischer Färbemittel auf die Haare beschränken sich auf Silber, Eisen, Kupfer, Nickel allein, oder in Verbindung mit Pyrogallol oder Pyraloxin. Die Versuche wurden an weissen Haaren von Kaninchen, Meerschweinchen und Menschen zuerst lose, später zu Büscheln zusammengebunden, angestellt. Merkwürdig war, dass unter den Haaren ein und derselben Art ein ziemlich grosser Unterschied in der Färbung nach der Behandlung mit dem einen oder anderen Färbemittel vorhanden war, der sich am deutlichsten bei der mikroskopischen Betrachtung der Haare an den Längs- und Querschnitten zeigte. Die Ursache dieser Abweichung des Verhaltens konnte Vf. nicht entdecken. Dadurch hat man es aber nicht in der Macht, den Grad der Färbung zu bestimmen. Die mikrosk. Verschiedenheiten fallen aber makroskopisch nicht auf. Die Versuche Broer's

ergaben nun, dass für eine Schwarzfärbung der Haare $AgNO_3$ mit Pyrogallol unter Einfluss von Ammoniak das beste Mittel ist. Für dunkelblond ist die Färbung mit Pyraloxin empfehlenswerth, für hellblond jene mit Pyrogallol allein. $AgNO_3$ allein gibt nicht sofort, sondern erst nach einiger Zeit den Haaren eine rothbraune Farbe, die sich nur selten verwerthen lassen wird. Ludwig Waelsch (Prag).

Broers. Ueber Haarfärbemittel. Nachtrag zu der in Bd. 29. d. Zeitschr. veröffentl. Arbeit. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. XXX.

In Fortsetzung seiner Versuche über Haarfärbemittel untersuchte Broers die Wirkung von Wismuth in Verbindung mit einer Schwefelverbindung (basisches Bismuthnitrat und Schwefelnatrium), Kaliumpermanganat in 3 verschieden starken Lösungen, Nussextract und Henna. Das letztere gab die besten Resultate, weil man nach der für die Färbung benützten Zeit selber den Grad der Farbe bestimmen kann. Die Henna ist ein graugrünes Pulver, von dem mit Wasser eine Pasta gemacht und die mit einer Zahnbürste in die Haare eingerieben wird. Die Färbung wird um so dunkler, je länger man es einwirken lässt. Die Intensität der Farbe wechselt von lichtbraun (3/4 St.), rothbraun bis goldblond (4 St.), Orangeroth (24 St.). Die Pasta muss später ausgewaschen werden. Ein Mittel, dass die Haare durch und durch und mikroskopisch deutlich färbt, hat Verfasser nicht gefunden. Man muss sich also bei der Beurtheilung des Resultats auf die makroskopische Beobachtung beschränken.

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Die Verwendung von Eigelbemulsionen zu Wischwässern. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Unna verwendet zur Herstellung von Wischwässern an Stelle der früher gebrauchten Gummiemulsionen Eigelbemulsionen, die aber gegen vielfache medicamentöse Zusätze sehr empfindlich sind. So sind Hg-Salze, und vor allen Sublimat, die Phenole und gerbende Substanzen ausgeschlossen, ebenso auch Alkohol und Glycerin. Zur Sterilisirung des Eigelbs wird 1% Perubalsam zugesetzt, der auch den Eigeruch corrigirt, was auch Aqua Menthae und Aqua camphorata thut, ebenso auch Essigsäure, von welcher ein Zusatz von 33% gestattet ist. Nachdem die Balsame und Theere bis 10%ige Wischwässer herzustellen gestatten, glaubt Unna auch solche Emulsionen zur Erzielung stärkerer und tiefer gehender Wirkungen benützen zu können, so zur Heilung von ausgedehnten Eczemen, Scabies, pruriginösen Affectionen. Ludwig Waelsch (Prag).

Chrzelitzer. Ueber die therapeutische Anwendung der Eigone (Jodeiweissverbindungen). Monatshefte für prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Die „Eigone" sind Jodeiweissverbindungen, die Jod in bestimmter Menge fest gebunden enthalten. Sie haben angeblich den Vortheil, dass wirklich freies Jod nicht abgespalten wird, dass aber die Jodeiweissver-

bindung zersetzt und das freiwerdende Jod sofort wieder durch andere Eiweissstoffe, überhaupt scheinbar lösliche Proteinstoffe, gebunden wird. Diese Abspaltung und sofortige Wiederneubindung zu anderen, scheinbar löslichen Eiweissverbindungen, ferner die Beobachtung des Auftretens von Jodwasserstoffsäure dürften den Werth dieses Präparates trotz seines verhältnissmässig geringem Jodgehalts erhöhen, und die ausserordentlich stark desinficirende Kraft erklären lassen, die den Verfasser sich dahin aussprechen lassen, dass α-Eigon-Streupulver (Albumen jodatum) in jeder Hinsicht dem Jodoform vorzuziehen ist. Als Ersatzmittel für Jodkali oder dessen Substitutionsproducte wurden das α-Eigonnatrium (Natrium jodoalbuminatum) und β-Eigon (Pepton jodatum) hergestellt. Sie sind wasserlöslich, werden sehr gut vertragen, wirken angeblich intensiver als Jodkalium, wie Verf. an einer Zahl von Fällen von tertiärer Lues und Scrophulose beobachten konnte. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Unguentum domesticum. Monatshefte für prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Die höchstbemerkenswerthen emulgirenden Eigenschaften des Eigelbs, die besonders dann hervortreten, wenn man versucht, balsamische Körper, Theere, Jchthyol und Substanzen ähnlicher Consistenz mit seiner Hilfe in Salbenform zu bringen, veranlassten Unna zur Herstellung einer Eigelbsalbe; dieselbe trocknet rasch nach dem Verreiben auf der Haut zu einer glatten, geschmeidigen Decke ein. Durch den starken Schwefelgehalt des Eigelbs eignet sie als sehr milde Schwefelsalben bei entzündlichen, schuppenden Dermatosen. Gegen gewisse medicamentöse Zusätze ist die Salbe sehr empfindlich. Vollständig ausgeschlossen ist die Gruppe der Phenole, auch Natrium salicylicum, ferner die gerbenden Stoffe, die meisten Metallsalze und Metalloxyde. Dagegen verträgt sie schwache Dosen von Sublimat, grosse Dosen von Plumb. acet., Ichthyol; Schwefel verträgt sich mit der Salbe nur nach Zusatz antibakterieller Zusätze. Wässrige Flüssigkeiten lassen schon bei 10% Zusatz aus der Salbe ein Liniment entstehen, höhere Zusätze wässerige Emulsionen, die sich vorzüglich zu Wischwässern eignen. Die Hauptingredienzien der Eigelbsalben bleiben die Balsame und Theere, da sie auch ohne Fettzusatz mit Eigelb allein sehr schöne Salben geben. Als allgemeine Grundlage der Eigelbsalben empfiehlt Unna unter dem Namen Unguentum domesticum eine Mischung von Eigelb 20·0, Mandelöl 30·0. Durch 1% Perubalsam wird sie haltbar gemacht. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Celloidinum inelasticum. Monatshefte f. prakt. Dermatol., Bd. XXX.

Beim Schneiden von Haut weicht der Celloidinblock in Folge seiner bedeutenden Elasticität, beziehungsweise geringen Plasticität bei feinerer Einstellung der Mikrotomschraube oft dem Messer aus. Unna bestrebte sich nun, um auch mit Celloidin dünne Schnitte zu erhalten, demselben seine Elasticität durch eine in Alkohol-Aether löslichen Zusatz



zu nehmen. Dazu erwies sich ihm brauchbar Terpentinöl 2%, stearinsaures Natron 2% und ganz besonders Ricinusöl 2%. Ein solches Celloidin ist als Celloidinum inelasticum käuflich.

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Celloidinum inelasticum und Collodium elasticum. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXX.

Der Zusatz von Ricinusöl zum Collodium hat den Zweck, die nachträgliche, unangenehme Schrumpfung des Collodiumhäutchens aufzuheben. Dadurch ist das Collodium weniger vollkommen elastisch oder, wie man auch sagen kann, plastischer geworden. Die daher nicht zutreffende Bezeichnung e. hat in alle Pharmakopoèn Eingang gefunden; nur die englische nennt es Collodium flexite, eine Bezeichnung, die aber auch nicht den Mangel der nachträglichen Schrumpfung hervorhebt. Es ist daher der Vorschlag gerechtfertigt, die Bezeichnung Collod. elast. durch Collodium ricinatum zu ersetzen. Dagegen ist die Bezeichnung Celloidinum inelasticum vollständig zutreffend.

Ludwig Waelsch (Prag).

Hallopeau, M. Traitement d'un psoriasis par les injections hypodermiques de liquide testiculaire. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10. Fevrier.

Tägliche Injectionen von 5 Gramm Stierhodenflüssigkeit durch 6 Wochen hindurch, und während eines Monates zweimal wöchentlich haben bei einem psoriatischen Kranken keine wesentliche Besserung bewirkt; während die zu wiederholten Malen bei demselben Kranken angewandte locale Therapie vollständigen Rückgang der Eruption erzielte.

M. Thibierge schreibt dieser Behandlungsart gar keinen Werth zu. R. Fischel (Bad Hall).

Grüneberg, P. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die reducirenden Wirkungen des Pyrogallols. Engallols und Lenigallols. (Dermatol. Zeitschr. 1899, Bd. VI.)

Verfasser prüfte das Reductionsvermögen dieser Präparate bei verschiedenen Salbengrundlagen, er fand es am stärksten bei Zusammensetzung mit Zink-Vaselinpasten. Klinisch verwandte er es bei Lupus vulgaris und Psoriasis. Bei ersterem wurden die Herde ausgelöffelt oberflächlich mit dem Paquelin verschorft, mit Eugallol-Salbe 5, 10, 12% nachbehandelt; darunter trat in kurzer Zeit Ueberhäutung ein. Bei Eugallol-Behandlung sah Verfasser bei inveterirten, oder sonstiger Behandlung trotzenden Psoriasisfällen gute Resultate; contraindicirt ist es bei ausgedehnter Erkrankung oder acuter Eruption.

Fritz Porges (Prag).

Leistikov. Zur Anwendung der Pyrogallussäure im Gesicht. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXX.

Leistikov verwendete mit Vortheil im Gesicht 2—5% Pyrogallolfilmogen. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Das Wesen der Naftalanwirkung. **Monatsh.** f. prakt. Dermatol., Bd. XXX.

Unna sieht die Stärke des Naftalans in seiner sedativen Wirkung. Es war daher von gutem Einflusse dort, wo überreizte Hautpartien vorlagen, bei medicamentös gereizten Eczemen, bei arteficiellen Dermatitiden, bei ausgedehnten Eczemen und Psoriasis, die in eine exfoliative Dermatitis ausgeartet waren und maligen zu werden drohten. Der Gehalt des Naftalans an Seife erklärt seine Consistenz, seine Mischbarkeit mit Wasser, seine leichte Resorbirbarkeit. Unna stellte nun durch Mischung dreier ähnlich wirkenden Substanzen ein Pseudonaftalan her, das aus Vaselin, 1% stearinsaurem Natron, 1—2% Pyralonin besteht. Bei 0·5—1% Pyralonin war die Wirkung eine ganz ähnlich sedative, bei stärkeren Pyraloninzusatz wurde sie stärker antieczematös. Durch Ueberhitzen von Vaselin in Verbindung mit stearinsaurem Natron konnte Unna ein dem Naftalan in jeder Richtung zum Verwechseln ähnliches Präparat herstellen, welches er Vaselinum adustum saponatum nennt.

Ludwig Waelsch (Prag).

Hodara. Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXX.

Wird auf das Ohr eines Kaninchens einmal eine 2½%ige Chloroformlösung des Chrysarobins oder ein 10%iges Pflaster aufgetragen, so entwickelt sich innerhalb 24 Stunden eine Gefässerweiterung mit vorübergehender Hyperämie, eine leichte Abschuppung der obersten Hornhautlamellen, eine dunkelbraune Verfärbung der Hornschicht, besonders an ihrem Grunde, in Folge der Vermehrung des Pigments. Ausserdem werden folgende Theile von dem Chrysarobin schwach weinheferoth gefärbt. Die Vacuolenränder der Talgzellen, die zarte hornige Wand der Drüsenausführungsgänge, die hornige innere Follikelscheide, die das Haar von seinem Anfang bis zum Orificium folliculare umgibt, die basale Hornschicht und endlich einige höher gelegene zarte Hornlamellen. Die mittleren Theile der Hornschicht werden von dem Chrysarobin nicht roth gefärbt, nur ganz vereinzelt gewahrt man hier einzelne röthliche Linien. Fünf bis zehn Tage lang in Form eines 10%igen Pflasters auf der Haut liegen gelassen, erzeugt das Chrysarobin eine mässige Reizung. Makroskopisch nimmt man zuerst eine starke Braunfärbung, später Röthung und Schwellung der Haut wahr. Unter dem Mikroskop findet man folgende Veränderungen: Die Gefässe der Cutis sind erweitert, ihre Lichtungen mit rothen Blutkörperchen vollgestopft; letztere enthalten stellenweise auch fibrilläre und körnige Fibringerinnungen. Ausserdem sind die rothen Blutkörperchen auch zum Theil zerfallen und zu grossen körnigen Massen zusammengeflossen, die regelrechte erythrocytäre Thromben bilden. Auch weisse Blutkörperchen fehlen nicht; dieselben sind in glänzende hyaline Körper umgewandelt, stehen theils für sich, theils in Haufen zusammen oder sind ebenfalls in formlose hyaline Massen zerfallen. Daneben besteht in der Cutis eine mässige Auswanderung weisser Blutkörperchen, Erweiterung der Lymphspalten, geringes Oedem und unbedeutende Schwel-



lung der collagenen Fasern; auch sind die Bindegewebszellen deutlich hyperplastisch und hypertrophirt.

An der Epidermis ist das Wichtigste wieder die Exfoliation der oberen und mittleren Hornlamellen, die Theile darunter mitsammt den Drüsen und Follikeln sind nekrotisirt; das Ganze stellt eine Schuppe dar, die mit gelben Pigment reich belegt ist; innerhalb dieses Stückchens Epidermis sind die schon früher aufgezählten Theile durch das Chrysarobin roth gefärbt. Unterhalb dieser Epithelnekrose setzt eine beträchtliche Hypertrophie und Proliferation der basalen Stachelzellen mit Mitosenbildung ein, wodurch die Bildung einer neuen, viel umfangreicheren Epidermis mit gleichfalls vergrösserten Anhängen eingeleitet wird. Nach fünf Tagen ist die Neubildung der jungen Epidermis mit Drüsen und Follikeln noch nicht ganz vollendet, nach weiteren fünf Tagen jedoch ist die alte nekrotische Epidermis völlig abgestossen und die junge Epidermis soweit hergestellt, dass die Follikel bereits frische Haare enthalten.

Wird das Chrysarobin in $2\frac{1}{2}$%iger Chloroformlösung an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je einmal täglich auf die Haut aufgetragen, so erhält man eine verhältnissmässig viel stärkere Reizung mit Schwellung und Röthung der Haut. Mikroskopisch findet sich wieder die Exfoliation der Hautlamellen und die Nekrose der Epidermis nebst ihren Drüsen und Follikeln. Das todte Gewebe, das sich als Schuppe abhebt, ist mit Pigment bedeckt und an den bekannten Stellen durch das Chrysarobin roth gefärbt. Ausserdem ist ein seroleukocytäres Exsudat vorhanden, das sich innerhalb des nekrotischen Gewebes theils als flache seröse Schicht, theils als intercelluläre Bläschen von wechselnder Grösse ansammelt. Unterhalb der abgestorbenen Epidermis und der Vesikeln entwickelt sich eine mächtige Proliferation und Hypertrophie mitotischer Zellen als erster Schritt zur Bildung einer neuen Epidermis. Von dieser, die nach ihrer Vollendung 4—5mal umfangreicher als im Normalen ist, wird dann später die alte Epidermis gelockert und abgestossen. Dabei erfolgt die Neubildung der jungen Epidermis unterhalb derjenigen Stellen des todten Gewebes, das reich an Exsudat und Vesikeln ist, langsamer als an den anderen Theilen. Die Veränderungen der Cutis sind die nämlichen wie bei den früheren Präparaten, nur etwas stärker ausgesprochen.

Eine noch stärkere Reizung erzielt man, wenn man die Haut fünf Tage hintereinander mit einem 30%igen Chrysarobinstift ätzt; Röthung und Schwellung der Haut sind dann noch bedeutender. Mikroskopisch besteht dagegen gegen das vorhergehende Präparat nur insofern ein Unterschied, als bei jenem Oedem, Erweiterung der Lymphspalten und Schwellung der collagenen Fasern der Cutis noch stärker hervortreten, die Diapedese innerhalb der Cutis und die Ansammlung von Leukocyten in den Spalten der nekrotischen Gewebe sich noch ausgiebiger gestaltet.

Bei diesem, mit dem Chrysarobinstift behandelten Präparat hatte sich am vierten Tage der Aetzung durch Abstossung der Epidermis eine



kleine Erosion gebildet und auf dieser sammelte sich in den nächsten Tagen, bei weiterer Anwendung des Chrysarobins, ein eitriges Exsudat an. Dieses geschwürige Hautstückchen wurde besonders untersucht. Als neu fand sich hier aber nur eine ungeheuere Auswanderung von Leukocyten, die die ganze Cutis bedecken, grosse Leukocytenzüge, die alle nach der erodirten Oberfläche gerichtet waren, woselbst sie in einer dicken Schicht auflagerten und die Erosion ganz mit einem dicken eitrigen Exsudat bedeckten, das zu einer Borke eintrocknete. Unterhalb dieser Borke wuchs dann wieder die neue Epidermis.

Bei einer geringeren Reizung der Haut mit Chrysarobin stellt sich also die Neubildung der Epidermis und ihrer Haare verhältnissmässig rascher ein, als wenn die Aetzung so hochgradig war, dass sie Exsudat- und Vesikelbildung hervorrief. Ludwig Waelsch (Prag).

Hodara, M. Ueber den Gebrauch des Chrysarobin bei Pityriasis oder dem Eczema siccum seborrhoicum des Gesichtes und der Kopfhaut bei der Pityriasis capitis, der Alopecia pityrodes und seborrhoica. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Hodara empfiehlt bei Pityriasis seborrh. des Gesichtes und bei nicht nässenden Eczema seborrh. faciei in allmäliger Steigerung Chrysarobin 0·01—0·05, Ichthyol 0·05—0·2, Vasel. fl. 50·0. Einmal täglich aufzustreichen. Bei Alopecia pityrodes und seborrh. Chrysarobin 0·05—0·1—0·15, Ol. Ricini 0·5—2·0, Alkohol absol. 100·0 einmal täglich einzureiben. Bei Psoriasis und Eczema seborrh. psoriatiforme verwendet er: Chloroform, Glycerin āā 25·0, Chrysarob. Ichthyol, Acidi salicyl āā 2·5. Jeden zweiten bis dritten Tag einzupinseln, an den Zwischentagen mit Olivenöl oder Cold-Cream einzufetten. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Transpelliculäre Behandlung. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXX.

Die Collodiumbehandlung, welche durch umschriebenen Druck wirkt, lässt sich mit der mit anderen Mitteln combiniren, indem man die letzteren durch das Collodiumhäutchen in situ hindurch einwirken lassen kann. Die Methode empfiehlt sich besonders bei Perniones (Pinselungen mit Ichthyol- oder Seifencollodin, darüber eine Frostsalbe) bei Insectenstichen, Lupus erythematodes etc. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Zur Diagnose der Frostbeulen. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXX.

Diaskopirt man eine Frostbeule, so gewahrt man im Centrum eine kleine Blutung, bei kleinen Pernionen von 1 Mm. Durchmesser, bei älteren Flecke von 3—4 Mm. Durchmesser. Unna hebt dieses Symptom differentialdiagnostisch gegenüber den Ulerythema centrifugum hervor, bei welcher es fehlt. Ludwig Waelsch (Prag).



Unna. Ichthyolcollodium gegen Gefässmäler der Säuglinge. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXX.

Unna verwendet gegen die Gefässmäler der Säuglinge 2—3mal täglich aufgepinseltes 10% Ichthyolcollodium. Dasselbe wirkt durch Compression, jedoch nur bei Säuglingen, während es bei älteren Kindern im Stiche lässt. Ludwig Waelsch (Prag).

Heuss, E. Ueber Paraplaste. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Heuss möchte die Paraplaste weniger wegen ihrer sogenannten hautähnlichen Färbung empfehlen, als vielmehr aus folgenden Gründen: 1. Halten sie an der Haut viel besser; 2. ist die Cohaerenz zwischen Pflasterunterlagen und Pflastermassen grösser als beim Guttaperchapflastermull, er lässt keinen Rückstand auf der Haut zurück; 3. ist er weniger zerreisslich, 4. klebt er im Allgemeinen besser. Der angebliche Nachtheil der Paraplaste, dass ihre Tiefenwirkung nicht so intensiv sei, ist nach Heuss nicht vorhanden. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Das Kopfkissen in der Dermatologie. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Unna hat einen schädlichen Einfluss des Kopfkissens bei Impetigo vulgaris, crustösen Gesichtseczemen, bei seborrh. Eczemen des Kopfes und der Ohren, bei Sykosis insoferne beobachtet, als diese autoinoculablen Krankheiten sich durch Benützung des Kopfkissens weiter ausbreiteten. Es muss daher durch einen entsprechenden Salbenverband der Contact zwischen Kissen und kranker Haut vermieden werden. Bei Erkrankungen des behaarten Kopfes tränkt die Salbe oder Pomade den Kopfkissenüberzug und wird unwirksam. Dem lässt sich abhelfen durch Bedeckung des Kopfes mit impermeabler Kappe oder Ersatz des leinenen Ueberzugs durch einen solchen aus Ledertuch. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Salbenmullverband bei Hautkatarrhen der Augengegend complicirt mit Katarrhen des Auges. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Bei der oben erwähnten Erkrankung gilt es, die eczematösen Veränderungen rasch zu beseitigen, und zugleich dieselben Hautstellen vor dem Secret des Auges und bei Kindern auch vor dem reflectorischen Reiben der Lider zu bewahren. Diesen Indicationen entspricht die feste Bedeckung der Orbita und Umgebung mit dem antieczematös wirkenden und die Entzündung der Conjunctiva günstig beeinflussenden Zink-Ichthyol- oder Zink-Quecksilberoxydsalbenmull. Da der Salbenmull nahezu undurchgängig ist für Wasserdunst, kann man diese Behandlung mit einer feuchten Behandlung der Lider combiniren. Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Fort mit dem Leinen. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXX.

Werden mit Salben bestrichene Hautstellen mit Leinen bedeckt, so imbibirt sich das letztere mit der Salbe, wodurch der Zweck desselben, speciell die Tiefenwirkung, illusorisch wird. Es müssen daher zur Bedeckung Wollstoffe angewendet werden (Wattaverband, Wollkleidung)



Eine Leinenbedeckung passt nur für diejenigen Erkrankungen, bei welchen Secrete, Serum und Fett von der Haut abgesaugt, die natürliche Perspiration verstärkt, die Verdunstung beschleunigt, kurz kühlend und trocknend gewirkt werden soll. (Nicht nässende Eczeme, Verbrennungen u. s. w.)

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Kühlpasten. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXX.

Unna berichtet über die Zusammenstellung und therapeut. Verwendung der von ihm angegebenen Kühlpasten, deren Zusammensetzung im Originale nachzusehen ist. Ludwig Waelsch (Prag).

Hodara, M. Ueber die Verwendung der Pasta Zinci sulfurata mit Zucker in der dermatolog.-Praxis und über die Behandlung der Sycosis subnasalis. Monatsh. f. prakt. Dermat., Bd. XXVIII.

Als schnell austrocknende und epidermisirende Paste hat sich Hodara folgende erwiesen, Lanolin, Vaselin āā 20·0, Glyceryn 10·0, Suhari 20·0, Sulfur. 10·0, Zinci oxyd. 20·0. Besonders bei der Sycosis subnasalis sah er davon gute Resultate, wenn die Nasenschleimhaut gleichzeitig mit 1—4%iger Lapislösung gepinselt wird. Epilation ist unnöthig. Mit derselben Pasta (an Stelle des Zinkoxyd 1—2 G. Chrysarobin) erhielt er gute Erfolge bei ausgebreitetem Eczema seborrhoicum psoriatiforme.

Ludwig Waelsch (Prag).

Leistikov, L. Ueber Vasogenum spissum. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXIX.

Für chronische, mit starker Verdickung der Hornschicht einhergehende Hautaffectionen, bei denen man eine energische Tiefenwirkung anstrebt, also besonders bei den puriginösen, psoriatiformen und lichenoiden Processen empfiehlt Leistikov das feste, eingedickte Vasogenum spissum als Salbengrundlage. Ludwig Waelsch (Prag).

Leistikov, L. Dintenbäder und Dintenumschläge. Monatsh. f. prakt. Dermatol., Bd. XXVIII.

Unna hat, veranlasst durch die relativ geringe Wirksamkeit der einfachen Gerbsäurepräparate auf die gesunde Hornschicht, das gerbsaure Eisenoxydul (Dinte) in die Hauttherapie eingeführt. Die beiden Lösungen (Tannin [3—10%] und Ferrum sulfuricum purum [2—5%]) werden getrennt verschrieben und die Dinte jedesmal frisch bereitet. Vortheile: Schmerz- und juckstillende Wirkung, Reinigung und Secretionsbeschränkung geschwüriger Flächen, Granulationsbeförderung, Begünstigung der Ueberhornung, rasches Eintrocknen von Papeln, Bläschen und Blasen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Hèmet, L. Contribution à l'opothèrapie surrènale chez les Addisoniens. Thèse de Paris 1898, Nr. 593. 117 Seiten.

Gestützt auf eine eigene und zwei von anderer Seite publicirte einschlägige Beobachtungen erklärt Verf. die Organtherapie der Addison'schen Krankheit (subcut. Injection von Nebennierenextract oder frisch bereiteten Saftes der Nebennieren junger Thiere, besonders Kälber) für die zur



Zeit einzig rationelle Behandlung dieser Krankheit. Die Dosen sind individuell verschieden, müssen aber, mit einigen Unterbrechungen, sehr lange Zeit fortgesetzt gegeben werden. Die häufigen Misserfolge glaubt Verf. darauf zurückführen zu müssen, dass die wirksame Substanz noch nicht isolirt ist, und dass man deshalb je nach der Zubereitungsmethode verschiedene ungleichwerthige Substanzen erhält.

Kuznitzky (Köln).

Lichtenstein. Ein weiterer Beitrag zur Verhütung der Infection in den Rasirstuben. Dtsch. Med. Woch., 10. 1900.

Die bisherigen Vorschläge zur Verhütung der Infection in Rasirstuben hält Lichtenstein nicht für ausreichend. Er verlangt eine regelrechte Desinfection der Hände der Barbiere. Letztere müssen angewiesen sein, mindestens dreimal täglich die Hände gründlich mit Seife zu bürsten, die Nägel zu säubern und dann mit Alkohol absolutus abzureiben. Nach jeder Bedienung eines Kunden wasche der Barbier seine Hände. Die Utensilien sollen rein, aseptisch sein. Zu dem Ende genügt ein einfaches Sterilisiren im Wasserdampf. Er hat ein Messer mit Metallschalen (Aluminium, Neusilber) herstellen lassen. Die rasirte Gesichtshälfte wird mit Alkohol absolutus abgespritzt. Einpudern soll in Wegfall kommen. Verwendung reiner Servietten ist selbstverständlich. Jeder verdächtige Fall ist vom Barbier einem Arzte zuzuweisen.

Max Joseph (Berlin).

Rille. Ueber die Behandlung des Eczems im Kindesalter. (J. f. Khk. LI, der dritten Folge I. Bd., 3. Heft, 1900.)

Für die Eczemtherapie im Kindesalter kommen nach Rille vor Allem die Differentialdiagnose (gegenüber Lichen urticatus und scrofulosorum etc.), sowie die Aetiologie der Einzelfälle (ob Pilze oder innere Ursachen, wie dyskrasische und Constitutionsanomalien, Ernährungsstörungen, Pediculi capitis etc.) in Betracht. Neben den Versuchen zur Behebung dieser Ursachen muss aber die örtliche Behandlung des Eczems stets durchgeführt werden. Dabei werden nun gegen das Eczem der Kinder im Allgemeinen dieselben Mittel — freilich milder und eingeschränkter — angewendet werden, wie gegen das Eczem der Erwachsenen. Die Prognose der Erkrankung ist gut. Grösste Exactheit in der Application der Verbände ist und bleibt die Hauptsache zur Erzielung der sicheren Heilung, zumal im Säuglingsalter. Das Eczema intertrigo wird prophylaktisch behandelt: mechanische Isolirung aneinanderliegender Hautflächen durch Wattebäusche und Streupulvereinlagen (Talkpulver mit oder ohne Zusatz von 10% Zinc. oxydat.). Intensive acute Eczemformen der Säuglinge sind wie Verbrennungen zweiten Grades, gangränescirende mit Irrigationen, warmen Bädern, 10% Dermatol, 5% Aristol, 1% Hydrarg. oxydat. und antiseptischen Streupulvern zu behandeln, ebenso wie die eigentlich nicht hieher gehörigen Fälle von Ecthyma. Aehnlich wie bei Intertrigo ist die Therapie bei Eczema sudamen (Miliaria), bei dem aber häufig bereits Salben- und Pastenbehandlung nothwendig wird.

Für Grenzfälle zwischen acutem und chronischem Eczem eignet sich besonders die Lassar'sche Zink-Vaselin-Amylumpaste. Acute artefícielle Eczeme von vorwiegend papulösem Charakter sind bei Kindern selten; zweckmässig ist hier Bepinselung mit Franzbranntwein, in welchem etwas Borsäure, Salicylsäure, Menthol etc. gelöst ist. Für acute Eczeme des Gesichtes und Kopfes ist die Antiphlogose (Umschläge von essigsaurer Thonerde, 5 : 100 aq.) am Platze.

Für die crustösen Eczeme ist Entfernung der Borken und nachfolgender sofortiger Salbenverband, für die impetiginösen und nässenden Eczeme die Burchardt'sche Bepinselung mit schwacher Lapislösung (2%), combinirt mit vorsichtiger Zinkcadinsalbenbehandlung zu empfehlen. Auch Lapis- oder 5—10% Protargolsalbe leisten gute Dienste. Als Salben gegen Kindereczeme dienen hauptsächlich: Unguentum diachyli Hebrae, Ungu. Vaselini plumbicum, Ungu. Zinci oxydati s. Wilsonii etc.; sehr gut wirkt ½—1% Salicyl-, Lanolin-, sowie Dermatolsalbe. Die Salbenbehandlung ist jedoch stets beim Aufhören neuer Krustenbildung und bei Ueberhäutung auszusetzen. Selten und nur bei trockenen Eczemen sind dann noch Theerbepinselungen (Tinctura rusci oder Ungu. sulfurat. Wilkinsonii) nöthig; letztere Salbe empfiehlt sich auch für chronische infiltrirte oder hypertrophische Eczeme älterer Kinder Rille wendet auch Anthrarobin, Tumenol an. Zweckmässig, jedoch hinter der Salbenbehandlung zurückstehend ist auch die Behandlung mit Zinköl, Linimenten, Gelatinepräparaten und Pflastern, wie 5—10% Salicylsäureseifenpflaster. Bei universellem Eczem verwendet Rille Einpinselungen mit Leberthran zur Macerirung der Borken. Vaccination ist bei vorhandenem Eczem (besonders bei Gesichtseczem) zu unterlassen. Das Intercurriren eines acut fieberhaften Exanthems vermag ausgebreitete chronische und erfolglos behandelte Eczeme günstig zu beeinflussen. Hochsinger (Wien).

Koelzer, Wilhelm. Ueber die Erysipelbehandlung mit Meta-Kresol-Anytol. Inaug.-Diss. Greifswald 1898.

Meta-Kresol-Anytol ist eine Verbindung von 40% Meta-Kreosol und 60% Anytin, einer 33⅓% Lösung des von Helmer aus dem Ichthyol gewonnenen Anytol. Die Versuche wurden mit 3% und 1% Lösungen gemacht und zwar sowohl an künstlich erzeugtem Erysipel an Kaninchenohren als an Menschen.

Zur Erzeugung des Erysipels an Kaninchenohren verwandte Koelzer Streptococcen und zum Theil Mäusesepticaemiebacillen. Es wurden Controlversuche und mikroskopische Untersuchungen an excidirten Hautstücken vorgenommen. Die Behandlung erfolgte durch wiederholtes, länger dauerndes Pinseln des ganzen Ohres innen und aussen und durch Injectionen am Rande der erkrankten Partie. Aus den verschiedenen Versuchsreihen konnte constatirt werden, dass das Mittel, aufgepinselt und injicirt, im Stande war, den floriden Process direct zu coupiren, das Fieber herunterzudrücken und die Ausbreitung des Processes abzuschneiden. Mikroskopisch konnte in diesen Fällen festgestellt werden, dass die



Coccen nicht mehr im Stande waren über das behandelte Grenzgebiet hinauszuwuchern.

Diese Erfolge an Versuchsthieren wurden dann später in 5 Krankheitsfällen von theilweise schwerem Erysipel beim Menschen, die in der Arbeit ausführlich mitgetheilt werden, bestätigt.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Kallenberger, Alfred. Ueber Orthoform. Ein neues Localanästheticum.

Kallenberger verwandte das Orthoform als Streupulver oder in 15—20% Salbe bei einer grossen Anzahl von Fällen mit schmerzhaften Wunden und Geschwüren, besonders Unterschenkelgeschwüren. Der Erfolg war ein sehr guter. Das Mittel wirkt sehr bald und für längere Zeit schmerzstillend, ist secretionsbeschränkend und ungiftig.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Tavecchi, L. Contributo alla cura delle vene, ulceri e piaghe varicose. (Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche 1900, 11. März.)

Auf Grund von 28 Fällen von Varicen mit oder ohne Geschwüre der Unterschenkel räth Verf. von einer chirurgischen Behandlung in den meisten Fällen ab und beschränkt sich bei kleinen Geschwüren neben Varicen auf antiseptische Medication und Druckverband und bei grösseren Geschwüren auf Thiersch'sche Transplantationen

L. Philippson (Palermo).

Gregor. Zur Behandlung der Folliculitis abscedens, speciell der Hinterkopf-Folliculitis der Säuglinge. Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1900, Nr. 7.

Gregor ging von dem Princip aus, die von Furunkeln noch nicht durchsetzte Haut bei Hinterkopf-Folliculitis zu schützen im Gegensatz zu den bisher angegebenen Massnahmen, welche an dem Uebelstande leiden, dass unter dem unumgänglich nothwendigen Verbande die bisher noch gesunde Haut vor der Durchtränkung mit Eiter aus den inzwischen neu aufschiessenden Furunkeln nicht bewahrt werden kann.

Sein Verfahren ist Folgendes: die Kopfhaut wird in dem Umfange, als bisher Furunkelbildung aufgetreten ist, rasirt, hierauf Entfernung des anhaftenden Schmutzes oder Eiters mit Aether nnd Watte. Hierauf wird eine 10%ige Borsalbe dick aufgetragen und erst dann werden sämmtliche Abscesse mit dem Scalpell gespalten, Verband mit gewöhnlichen Verbandmull ohne Antisepticis. Nach zwei Tagen Verbandwechsel, bei frischanwesenden Furunkeln wird ebenso verfahren. Diese Behandlung ergab bessere Erfolge als die vorher geübten täglichen Waschungen, Umschläge mit essigsaurer Thonerde oder Trockenbehandlung mit den bekannten desinficirenden Pudern. Wesentlich zur Verhütung der Hinterkopf-Furunculose trug der Umstand bei, dass als Unterlage für den Kopf weiche Federkissen verwandt wurden, im Gegensatz zu den vorher gebrauchten, mit einer Guttaperchadecke und leinenen Unterlage bedeckten festen Polstern.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).



Scholtz. Untersuchungen über die Aetiologie der impetigo contagiosa. Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1900, Nr. 11.

Scholtz erkennt die Specifität der von Unna und Blaschko-Kaufmann beschriebenen Impetigococcen nicht als erwiesen an, da die morphologischen und biologischen Differenzen zwischen ihnen und den Staphylococcen wenig charakteristisch sind und ferner die Impfresultate insofern nicht entscheidend sind, als nur bei einer ganz bestimmten Methode der Einimpfung von Impetigococcen impetiginöse Efflorescenzen zum Vorschein kamen und Controlversuche mit Staphylococcus pyogen. aureus fehlen. Verf. fand in seinen Fällen goldgelbe Staphylococcen und Streptococcen gleichzeitig. Bei einigen Fällen Reinculturen von Staphylococcen, selten solche von Streptococcen.

Impfversuche, welche den Grad der Betheiligung der beiden genannten Coccenarten entscheiden sollten, führten nicht zum Ziel.

Verf. vermuthet, dass für gewöhnlich bei der Aetiologie der impetigo contag. die Combination von Staphylococcen und Streptococcen in Betracht kommt. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Mueller. Beitrag zur Behandlung der Acne vulgaris. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Mueller empfiehlt zur Heilung der Acne eine gründliche Seifenbehandlung. Er benützt von den von Eichhoff empfohlenen Seifen: Resorcin-Salicyl-Schwefel-, die Schwefel-Campher-Perubalsamseife; in seltenen Fällen eine Resorcin-Salicyl- oder β Naphthol-Schwefelseife.

Fritz Porges (Prag).

Grimm. Ueber die Verwendung von Aethal (Cetylalkohol) in der Hautpflege. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Grimm benützt das Präparat in pulverisirtem Zustande mit gutem Erfolge bei Rauhigkeit der Hände als Einfettungsmittel der Haut.

Fritz Porges (Prag).

Seibert, A. (New-York). Das Ichthyol in der Scharlachbehandlung. (Jahrb. f. Khk. LI, 1900.)

Seibert erklärt die symptomatische Behandlung der Scarlatina nur als Nothbehelf und empfiehlt entsprechend dem allgemeinen Bestreben unserer Zeit eine örtliche Behandlung, nachdem unsere antitoxischen Methoden noch nicht fortgeschritten genug sind, um gegen Scarlatina angewendet werden zu können. Mittelst der örtlichen Behandlungsmethode werden, wenn auch nicht alle, so doch wenigstens eine grössere Anzahl von pathogenen Keimen oder deren Toxine getödtet, resp. unschädlich gemacht. Diesen Zweck verfolgten die bereits seit Jahren versuchsweise bei Scharlachkranken angewendeten Einreibungen mit Eucalyptusöl und Carbollösungen. Seibert hat nun 56 Fälle von Scharlach mittelst Ichthyoleinreibungen (5—10% Ichthyol-Lanolinsalbe) behandelt und hat stets ein Zurückgehen der Hautanschwellung, des Juckreizes, der Körpertemperatur, Besserung der Unruhe und der

Schlaflosigkeit beobachtet und Rhagaden, sowie secundäre phlegmonöse und erysipelatöse Hautinfiltrationen verhütet (bei Scarlatina doch kaum vorkommend? Ref.); desgleichen trat weder postscarlatinöse Nephritis noch Gelenk- oder Ohrentzündung auf. Diese Einreibungen — alle 6—12 Stunden 30—90 Gr. auf der ganzen Körperoberfläche verrieben — wurden verbunden mit Darreichung von Jod-Carbol-Lösung (Rp. Tct. Jodi 2·0, Kal. Jodat 1·0, Aq. dest. 120, Acid. carbol. gtts. X. stdl. 1 Theelöffel voll) aus prophylaktischen Rücksichten. In 24 Fällen kam es trotz Infectionsmöglichkeit zu keiner weiteren Infection. Die Intensität und Dauer des Abschuppens war wesentlich vermindert. Intoxicationserscheinungen kamen nie zur Beobachtung. Die secundäre oder gleichzeitige Streptococceninfection der oberen Luftwege, welche dem Scharlachkranken die grösste Gefahr bringt, suchte Seibert anfangs durch die erwähnte Jodcarbollösung und Chlorwasserinjectionen zu bekämpfen, wendet aber gegenwärtig gegen diese Symptome Ausspülungen des Nasenrachenraumes mit warmen 5%igen Ichthyollösungen an, die, in die Nase unter genügendem Drucke eingespritzt, durch den Mund wieder abfliessen. (Gefahr des Eindringens per tubam in das Mittelohr?? Referent.) Abkürzung der Krankheitsdauer und Verringerung der Nachkrankheiten waren die Erfolge von Seibert's Therapie. (Hochsinger (Wien).

Halsund, A. Ueber Leprabehandlung mit mercuriellen Injectionen. (Dermatol. Zeitschr. 1899, Bd. VI.)

Verfasser hat einen Fall mit tuberöser Lepra mit intramusculären Injectionen von Formamid-Quecksilber (täglich 1 Ctgr.) mit gutem Erfolge behandelt. Daneben bekam der Patient Natrium salicylicum, später Oleum gynocardii. Die Injectionen wurden durch 3 Monate, mit kurzen Unterbrechungen wegen Stomatitis, fortgesetzt. Beim Austritt aus der Behandlung sind alle Ulcerationen geheilt, die Knollen haben an Zahl abgenommen, die vorher erschwerte Athmung geht leicht vor sich. Bei der 3 Jahre später vorgenommenen Wiederuntersuchung waren Recidive allenthalben aufgetreten. Der Verfasser erwähnt die in der Literatur bekannten Fälle von Heilwirkung der Hg-Injectionen bei Lepra.

Fritz Porges (Prag).

Lassar, O. Die dermatologischen Complicationen des Diabetes und ihre Therapie. (Dermatolog. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Verf. empfiehlt bei Behandlung von Dermatosen bei Diabetikern neben localer Therapie und gründlicher Hautpflege eine strenge Diät. Eine ebensolche zuckerentziehende Diät empfiehlt er auch bei Furunculose und Pruritus bei Nicht-Diabetikern. Fritz Porges (Prag).

Sack, A. Ueber eine neue, aus Quecksilbercaseinat hergestellte, medicinische Seife (Sapodermin). Therap. Beil. der Dtsch. Med. Woch., 2. 1900.

Diese aus Quecksilber und Casein hergestellte Seife bezeichnet Sack als eine für die Haut ganz indifferente und reizlose Verbindung. Sie



äusserte eine günstige Wirkung bei verschiedenen Formen von Acne, Impetigo coccogenes, allerlei infectiösen Folliculitiden, Sycosis barbae, Furunculose, Trichophytie, mykotischen Eczemen etc. Am sichersten erwies sich die Wirkung beim Auftragen von sehr concentrirtem Seifenschaum. Besonders gut bewährt sich aber die Seife bei allerlei syphilitischen, mit Desquamation, Pustulation und Ulceration einhergehenden Hautaffectionen. In vielen Fällen genügte schon häufig wiederholtes Aufstreichen des dicken Seifenschaumes, um die sichtbaren Veränderungen ohne Zuhilfenahme anderer antisyphilitischer Mittel zum Abheilen zu bringen.

Max Joseph (Berlin).

Tonzig, C. Contributo allo studio die cosidetti saponi disinfettanti, con speciale riguardo ai saponi alla creolina. (Beitrag zur Frage von den sogenannten desinficirenden Seifen, insbesondere von den Kreolinseifen. Gazz. degli Ospedali 1900, 14. Jänner.)

Verf. hat vergleichende Untersuchungen über die desinficirende Wirkung der verkäuflichen Kreolinseifen und deren einzelne Bestandtheile an Seife und Kreolin angestellt. Als Testobject diente der Cholerabacillus. Er kommt zu dem Resultat, dass die desinficirende Eigenschaft der Seife allein nicht nur keinen Vortheil aus dem Zusatz von Kreolin zieht, sondern dadurch vielmehr mehr oder weniger beeinträchtigt wird.

L. Philippson (Palermo).

Unna. Sapo cutifricius. Monatshefte für praktische Dermatol., Bd. XXVIII. Mit diesem Namen bezeichnet Unna eine überfette Kali-Schmalzseife (Sapo Kalinus unguinosus) in folgender Zusammensetzung: Sapo unguinos 40·0, Cremoris gelanthi 10·0, Pulv. pumicis 50·0.

Durch den Zusatz von unverseiftem Fett zur Kaliseife wird ihr allzustarker Einfluss auf die Oberhaut gemildert, die dadurch bedingte Herabsetzung des Schäumvermögens beseitigt der Zusatz von Gelanth.

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Gynocardseife gegen Lepra. Monatsh. für prakt. Dermat., Bd. XXX.

Verf. empfiehlt eine Natronseife und aus dieser hergestellte keratinirte Fettpillen, welche aus Chaulmoograöl fabricirt wurden. Er hoffte dadurch die stark reizenden Nebenwirkungen der Gynocardsäure abzuschwächen, ohne deren Wirkung einzuschränken. Er erblickt in der Darreichung des Chaulmoograöls in Form der Gynocardseifenpillen eine vollständig unschädliche Behandlung, die sich für längere Verabreichung eignet.

Ludwig Waelsch (Prag).

Unna. Natronsuperoxydseife. Monatsh. für prakt. Dermat., Bd. XXIX.

Die Natriumsuperoxydseife wird als $2\frac{1}{2}$—5—10% Seifensalbe verwendet. Ihre Grundlage bildet eine Salbenseife aus 3 Th. Paraffin liqu. und 7 Th. vollkommen getrockneten Sapo medicatus. Sie lässt sich mit jedem anderen, günstig wirkenden Mittel in Salben oder Pastenform combiniren. Sie wird in leichteren Fällen vor dem Zubettegehen,



in schwereren mehrmals täglich vorübergehend benützt, und es folgt auf ihre Anwendung das im Einzelfalle das sonst indicirte Mittel. Die Seifensalbe wird mit einem nassen Wattebausch solange auf der Haut verschäumt, bis die Application ziemlich schmerzhaft empfunden wird, dann abgespült. Von besonderem Erfolg ist sie bei Comedonenbildung, Acne und Rosacea pustulosa. Ludwig Waelsch (Prag).

Geschlechts-Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Danlos. Syphilis et paralysie infantile. Soc. méd. des hôpitaux 15./VI. 1900. Gaz. hebd. 1900. Nr. 49.

Danlos stellt einen Kranken mit einem secundären Syphilisexanthem vor, das confluirend über den ganzen Körper verbreitet ist, aber das rechte Bein, das von „Kinderlähmung" befallen war, völlig frei lässt.

In der Discussion berichten Renaut und Merklen, dass diese Eigenthümlichkeit auch bei anderen Hauterkrankungen (z. B. Psoriasis) und bei Variolaeruptionen beobachtet sei.

Victor Lion (Breslau).

Oberwarth. Zur Kenntniss der syphilitischen Pseudoparalyse. (Jahrb. für Kinderheilk. Bd. XLIX., Heft 4.)

Oberwarth hat in der Zeit von 1890—1898 an der H. Neumann'schen Poliklinik für Kinderkrankheiten in Berlin unter 236 an hereditärer Syphilis erkrankten Kindern 12 (= 5%) Fälle von Pseudoparalyse beobachtet. Er bezeichnet diese Affection als eine Krankheit der ersten Lebenswochen. Mit Ausnahme eines einzigen Falles bestanden gleichzeitig verschiedene andere, zumeist exanthematische Syphilissymptome. Der Ausgang der Erkrankung war in der Regel völlige Wiederherstellung der Beweglichkeit, sobald nur die specifische Behandlung frühzeitig genug eingeleitet wurde. Parrot, der als Erster die syphilitische Pseudoparalyse unter Beibringung von Sectionsbefunden beschrieb (1872), hielt die Affection noch für unheilbar. Seine Erklärung für ihr Zustandekommen lautete: Osteochondritische Processe an der Knorpelknochengrenze der Röhrenknochen, Epiphysenlösung, bei Muskelcontraction Aneinanderentlanggleiten der Knochensegmente, Schmerzhaftigkeit und Bewegungslosigkeit, also scheinbare Lähmung, daher Pseudoparalyse.



Spätere Autoren bezweifelten die unbedingte Richtigkeit dieser Angaben; Zappert nimmt für eine Reihe von Pseudoparalysen spinale Erkrankungen an. Der Autor glaubt nicht, dass bei den von ihm beobachteten Fällen eine Erkrankung des Nervensystems die Ursache der Pseudoparalyse gewesen sei und führt für seine Ansicht an: Die in der Mehrzahl der Fälle völlig freie Beweglichkeit der Finger und Zehen der erkrankten Extremitäten, die normale elektrische Reaction der motorischen Nerven und Muskeln, den glatten Verlauf und die rasche Heilung. Die in zwei Fällen beobachteten tonischen Contracturen oder spastischen Erscheinungen hält er für reflectorische Vorgänge in Folge grosser Empfindlichkeit oder gleichzeitiger Kolik etc. In einem Falle war neben der syphilitischen Pseudoparalyse hereditäre Epilepsie vorhanden. Alle übrigen Fälle aber wiesen keinerlei Zeichen einer organischen Nervenerkrankung auf und sprachen für die Parrot'sche Erklärung der syphilitischen Pseudoparalyse als Osteochondritis specifica in den verschiedensten Stadien von leichter periostaler Reizung bis zur Epiphysenlösung. Sectionsbefunde waren in Folge der Heilung der Affection nicht vorhanden.

Hochsinger (Wien).

Reiter, Hugo. Beitrag zur Compressions-Myelitis bei tuberculöser und luetischer Spondylitis. Inaug.-Diss. München, 1898.

Der von Reiter mitgetheilte Fall betraf einen 34jährigen Waldarbeiter, der relativ rasch an einer Rückenmarksaffection zu Grunde gegangen war. Klinisch konnte eine diffuse (transversale) Myelitis diagnosticirt werden, wie sie in den späteren Stadien der Lues nicht gerade selten ist. Dafür sprach die Paraplegie der unteren Extremitäten, die Lähmung von Blase und Mastdarm. Die motorische Schwäche der oberen Extremitäten und die rechtsseitige Ataxie liessen den Sitz der Affection in das Cervicalmark verlegen.

Bei der Section ergab sich eine Pachymeningitis gummosa im Bereich des Halsmarks, woselbst die Dura in eine gelblich-gallertige Masse umgewandelt und mit der Pia verwachsen war. Der dieser Stelle entsprechende Körper des ersten Brustwirbels war erweicht, leicht eindrückbar und mit Eitermassen durchsetzt. Die Medulla an dieser Stelle äusserst weich, ihre Querschnittszeichnung verwischt, die weisse Substanz hervorquellend und von schmieriger Beschaffenheit. Die Pia, stark injicirt, zeigt das Bild der Leptomeningitis syphilitica.

Mikroskopisch sind besonders die Gefässveränderungen hervorzuheben, die allerdings keinen specifischen Charakter haben, sich aber von der tuberculösen Form besonders dadurch unterscheiden, dass sie wenig Neigung zur Verkäsung haben, von der atheromatösen dadurch, dass ein Zerfall in der Wandung nur selten eintritt und die ganze Gefässwand ergriffen ist.

Die besonders starke Erkrankung des Rückenmarks in der Höhe des ersten Brustwirbels mit gleichzeitiger Erkrankung desselben und der entsprechenden Dura glaubt Reiter darauf zurückführen zu dürfen, dass



wie bei anderen luetischen Processen im tertiären Stadium (multiplen Gummen der Leber) auch hier Knochen, Meningen und Rückenmark gleichzeitig ergriffen worden seien, weil die betreffenden Theile durch dasselbe Gefässgebiet versorgt werden.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Wickel, Carl. Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica nebst einem anatomischen Befund. Inaug.-Diss. Marburg 1898.

Wickel theilt 6 hierher gehörige Fälle mit, bei denen luetische Infection anamnestisch genau festgestellt werden konnte, die Krankheit im Alter von 29—51 Jahren einsetzte, manchmal sogar ganz kurz nach dem Beendigen antisyphilitischer Curen. Das psychische Krankheitsbild war ein sehr variables. Auf somatischem Gebiete war dasselbe begleitet besonders von Augenmuskelstörungen. Unter den Krankheitserscheinungen waren viele, die man bei der Dementia paralytica anzutreffen gewohnt ist: Störung der Pupillenreaction, articulatorische Sprachstörungen, Sensibilitätsstörungen, Veränderung der Patellarsehnenreflexe. Differentialdiagnostisch gegenüber der Dementia paralytica hebt Wickel bei der Lues cerebri diffusa besonders hervor: Die Augenmuskelstörungen von wechselndem Charakter, passagere und chronische aphatische Störungen, passagere Paresen, geistige Schwäche ohne Progressivität und mit lange erhaltener Krankheitseinsicht, das Auftreten florider specifischer Processe, der günstige Einfluss specifischer Therapie (Möglichkeit der Heilung) und die langjährige Krankheitsdauer.

Eine richtige Differentialdiagnose ist gerade in solchen Fällen wegen der Prognose und Therapie von der grössten Wichtigkeit.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Spillmann P., et **Etienne** G. Deux cas de paralysie générale pseudoconjugale et postconjugale. Annales 1898. Soc. de Dermat. et de Syphiligr. 18 Avril.

Von beiden berichteten Fällen, die an progressiver Paralyse leiden, einem 29jährigen Mädchen und einer 33jährigen Frau, starb der Liebhaber, beziehungsweise der Mann an progressiver Paralyse, die durch eine luetische Infection bedingt waren.

R. Fischel (Bad Hall).

Hereditäre Syphilis.

Anzà, Salvatore. Appunti di Sifilide ereditaria eda allattamento. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, p. 597.

Anzà bespricht das Colles'sche und Profeta'sche Gesetz, dasselbe bestätigend und vertheidigend (namentlich gegenüber Agilvie)



anlässlich einer Beobachtung, wo einem 25jährigen Mann, welcher von einer recent syphilitischen Mutter geboren und nachher von ihr gestillt worden war, aber niemals Erscheinungen von Syphilis gezeigt hatte, während die Syphilis der Mutter durch das Stillen auf einen Neffen übertragen wurde. Diese angeborene Immunität gegen Syphilis (Profetasches Gesetz) musste später verloren gegangen sein, da sich der Patient in seinem 23. Lebensjahre bei einem Coitus inficirte, einen Primäraffect bekam und eine typische Syphilis durchmachte.

Th. Spietschka (Brünn).

Baudonin, G. Syphilis héréditaire, incontinence d'urines. Annales 1878. Soc. de dermatol. et syphiligr. 10 Mars.

Bei dem mit ausgesprochenen Zeichen der hereditären Syphilis behafteten Mädchen, dessen Vater als Soldat ein Geschwür an dem Penis hatte, besteht seit der Geburt Incontinenz, die in den letzten Jahren sich eher steigerte.

B. nimmt, da sonstige nervöse Symptome fehlen, einen Zusammenhang dieses Symptoms mit der hereditären Syphilis an.

M. Fournier theilt diese Ansicht, und hält es für interessant zu untersuchen, bei einem wie grossen Percentsatz hereditär Syphilitischer dieses Symptom sich findet. R. Fischel (Bad Hall).

Bar, Paul. Enfant né d'une mère syphilitique et praesentant à l'avaut-bras une malformation, qui semble être une amputation congénitale. Annales 1898. Soc. de dermat. et de Syphiligr. 18 Avril.

Eine 24jährige Frau, von ihrem ersten Manne inficirt, gebar in erster Ehe zwei macerirte Kinder. In der zweiten Ehe, die sie mit einem gesunden Manne einging, starb das erste am normalen Schwangerschaftsende geborene Kind einen Monat alt an unbekannter Krankheit. Das zweite, sehr kräftige, ausgetragene Kind zeigt am Unterarme 2 Ctm. vom Ellbogengelenke eine scheinbar congenitale Amputation desselben.

Man muss dieselbe ausschliessen, da Narben oder Amnionsbäuder fehlen und ein polypöser Stummel vorhanden ist, welcher vielleicht dem fehlenden Theile entspricht.

M. Barthélemy macht auf die Wichtigkeit der Lues als ätiologisches Moment der Monstrositätenbildung aufmerksam.

R. Fischel (Bad Hall).

Boissard. Syphilis et nouveaunés. Journal des praticiens. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1898, p. 128.

Boissard bespricht eine Art der Erscheinung der hereditären Syphilis bei Neugeborenen, bei denen nur der Vater der Träger einer mehr oder weniger alten Lues ist, die man genau kennen müsse, um rechtzeitig einzugreifen und das kindliche Leben zu retten. Die Kinder, welche mit normalem oder selbst übernormalem Gewicht und gesundem Aussehen geboren worden sind, nehmen plötzlich, nachdem sie eine Zeit lang zugenommen haben, unter derselben Ernährung täglich etwa 100 Gr. ab oder bleiben wenigstens auf dem Gewicht stehen, bis nach



kurzer Zeit ohne sonstige Störungen der inneren Organe an einfacher Lebensschwäche der Exitus eintritt. Auch die Section ergibt alsdann keinerlei innere Veränderung, die wir sonst bei hereditärer Syphilis zu finden gewöhnt sind. Boissard plaidirt für energische Behandlung dieser Neugeborenen und hat alsdann schon nach wenigen Tagen wieder Gewichtszunahme constatiren können. Er zieht die innerliche Darreichung des Hg der Inunctionscur in diesem Falle vor und empfiehlt aufs wärmste die Van Swieten'schen Tropfen, von denen er mit 20 Tropfen pro Tag beginnt, um in Interwallen von je 2 bis 3 Tagen um 10 Tropfen steigend bis auf 80 Tropfen pro Tag zu kommen. Nach 12 bis 15 Tagen empfiehlt er, eine Pause von einer Woche zu machen und dann mit der Cur weiter fortzufahren, bei der er nie unangenehme Erscheinungen des Mercurialismus bemerkt haben will.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Castens, Max. Beiträge zur pathologischen Anatomie und Statistik der Syphilis congenita. Inaug.-Diss. Kiel 1898.

Eine statistische Arbeit aus dem Kieler pathologischen Institut 1. über die Organerkrankungen bei L. hered., 2. über die Lebensdauer der nachweisbar luetischen Kinder, 3. über die Syphilis als directe Todesursache, 4. über das Verhältniss zwischen klinischer Diagnose und patholog. anatom. Befund, 5. über die Zunahme der congenitalen Lues und das Verhältniss von ehelichen und unehelichen syphilitischen Kindern.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Comby. La médic. moderne. Nr. 75, 1898. Syphilis congenitale.

Comby bespricht recapitulirend die diagnostischen Merkmale der hereditären Lues. Auch er verwirft eine Lues hereditaria tarda, die er als eine syphilis d'emblée des Kindesalters auffasst.

In dem Abschnitt über Therapie legt er das meiste Gewicht auf die natürliche mütterliche Ernährung, da nach seiner Erfahrung ein grosser Procentsatz der so ernährten syphilitischen Kinder am Leben zu erhalten ist.

Als specifische Behandlung empfiehlt er eine chronische sich über 3 Jahre circa sich erstreckende intermittirende Cur mit Inunctionen zu etwa 1 Gr. U. hyd. cin. ev. in Combination mit Sublimatbädern.

Gustav Falk (Breslau).

Fournier, M. Alfred. Deux frères affectés de syphilis héréditaire tardive. Sur l'âiné, hystérie hérédosyphilitique, et surabondance de stigmates d'hérédo-syphilis, — Sur le cadet, lesions cutanées et osseuses avec absence presque absolue de stigmates heréditaires. Annal. 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Fevrier.

Der Aeltere der beiden vorgestellten Brüder fing erst mit 5 Jahren zu sprechen und zu laufen an. In seiner Jugend hat er an Keratitis parenchym und Exostosen der Tibien, an Convulsionon mit vorübergehender Hemiplegie gelitten. Wegen Verfolgungswahn mit Hallucinationen und délire mystique war er immer eine längere Zeit in einer Irrenanstalt internirt worden.



Der jetzige Status ergibt neben Zahndeformitäten und einer Assymmetrie des Gesichtsschädels rechtsseitige hemiplegische Parese und ausgesprochene Symptome von Hysterie: Hemianaesthesie, beiderseitige Einengung des Gesichtsfeldes, Hyperaesthesie in der Gegend der fossae iliacae.

Der jüngere Bruder zeigt neben Anomalien der Zahnstellung und des Gebisses (Persistenz der Milchzähne) ein exulcerirtes Gumma der rechten Tibia und Hautgummen am linken Unterarm.

M. Fournier stimmt der von M. Besnier vorgetragenen Ansicht bei, dass hereditär-syphilitische Kinder Zeichen wirklicher Syphilis oder auch nur Degenerationssymptome bieten können.

Auf die Anfrage M. du Castels, ob es eine scharfe Grenze zwischen hereditär syphilitischen Symptomen und den Degenerationszeichen gäbe, antwortet M. Fournier, dass auch die Nachkommen von Tuberculösen und Alkoholisten die Symptome der Degeneration bieten könnten, dass aber gewisse Zeichen wie die Hutchinson'schen Zähne nur der hereditären Syphilis zukommen.

M. Barthélemy macht auf die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen den hereditärsyphilitischen und den parahereditär syphilitischen Erscheinungen aufmerksam, da erstere eine antiluetische, letztere Behandlung mit allgemeinen Mitteln erfordern. Er betont auch, dass beide Formen oft monosymptomatisch verlaufen, indem die Erscheinungen nur an einem Organ, und bei diesem wieder nur an einem Theil sich manifestiren. R. Fischel (Bad Hall).

Fournier, Edmond. Trois cas de Syphilis héréditaire tardive. La méd. moderne 1900, Nr. 50, p. 393.

E. Fournier beschreibt 3 Fälle von tertiär luetischer Affection bei sicher Hereditärsyphilitischen, die vollkommen das Bild eines Primäraffects darbot. Die naheliegende Fehldiagnose einer Reinfection konnte durch die Anamnese, die andere zur gleichen Zeit bestehenden Tertiärsymptomen und den Erfolg der Jodbehandlung vermieden werden.

Victor Lion (Breslau).

Françon, M. A. (d'Aix les Bains.) Deformation du tibia en lame de sabre probablement d'origine heredo-syphilitique. Annal. 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Fevrier.

Seit dreissig Jahren bestehende Verdickung und Krümmung der rechten Tibia. Per exclusionem kommt F. zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Lues hereditaria, die er noch durch folgende Punkte zu stützen sucht:

1. Die lange Dauer des Processes.
2. Unter 7 Kindern blieben nur 2 am Leben.
3. Vor 10 Jahren hat die Anwendung von Syrop de Gibert in der Tibia auftretende Schmerzen zum Schwinden gebracht.

M. Fournier hat diese Verkrümmung der Tibia als charakteristisch für hereditäre Lues beschrieben.

M. Thibierge hält die Affection für eine Osteopathie de Paget.

M. Fournier bekämpft mit Rücksicht auf die lange Dauer des Processes die Diagnose von Thibierge. Die säbelscheidenförmige



Krümmung der Tibia hält er jetzt nicht mehr für Lues hered. charakteristisch, da sie auch bei der Osteopathie de Paget und Osteomyelitis chr. beobachtet wird. R. Fischel (Bad Hall).

Hecker. Neueres zur Pathologie der congenitalen Syphilis. (J. f. Khk. LI., der III. Folge, I. Bd., 3. H. 1900.)

Die Verschiedenheit der mikroskopischen Structur in den Geweben des normalen älteren Fötus und des Neugeborenen gegenüber der des grösseren Kindes und Erwachsenen und unsere unvollständige Kenntniss der ersteren bilden, wie Hecker ausführt, den Hauptgrund für die Schwierigkeit der Deutung histologischer Befunde bei der congenitalen Syphilis. So kam es, dass man bspw. unfertige Entwicklungszustände normaler Organe als krankhaft, ja als charakteristisch für Syphilis auffasste. (Spanndis, Stroebe.) H.'s Untersuchungen an 113 Leichen, von den 25 zweifellos syphilitisch waren, ergaben gleich Hochsinger's Beobachtungen die ganz regelmässige Betheiligung der Nieren an der Congenitalsyphilis. H.'s Beobachtungen gehen nun im Gegensatze zu jenen früheren Autoren dahin, dass die Befunde bei der Nierensyphilis der Foeten und Säuglinge getrennt werden müssten, da sich bei Säuglingen bereits parenchymatöse Degenerationen vorfinden, welche bei Foeten vermisst werden. Natürlich gäbe es bei Säuglingen keine scharfe Grenze, sondern zahlreiche Uebergänge und Combinationen der beiden Erkrankungsformen — nicht aber beim Fötus, bei dem sich nur interstitielle Processe nachweisen lassen. Diese Verschiedenheit drückt sich auch durch Vermehrung des Organgewichtes beim syphilitischen Fötus aus. Das regelmässige Befallensein der Niere ist aber auch klinisch durch die Urinuntersuchung, die fast stets Eiweiss zeigt, nachweisbar. (Vgl. Hochsinger's Studien über die hered. Syphilis. I. Theil, III. Abschnitt.) Dass das Persistirten eines embryonalen Befundes, der sogenannten neogenen Zone (Zone des oppositionellen Wachsthums in der Rindensubstanz), bei H.-s. Säuglingen direct durch die Congenitalsyphilis bedingt werden, für dieselbe also charakteristisch sei, bestreitet H. im Gegensatze zu der Ziegler'schen Schule und Hochsinger's Wahrnehmungen. Er hält den Nachweis einer neogenen Zone dortselbst für bedeutungslos, da er sie auch bei normalen Säuglingen gefunden haben will. Er stellt aber ausdrücklich fest, dass er Hochsinger's neue Theorie der congenital-syphilitischen Frühaffectionen damit durchaus nicht angreifen wolle, da sie zu gut fundirt scheint, vielmehr anerkennt er dieselbe vollkommen. Die interstitiellen Veränderungen in den Nieren h.-s. Säuglingen und Foeten sind zweifellos charakteristisch für Lues, bei den parenchymatösen steht das allerdings noch in Frage. In zweifelhaften Fällen wird bei lebenden Kindern eine histologische Untersuchung der Nabelschnur (knotige Verdickungen und zellige Infiltrate) von Werth sein, wenn auch durch ein negatives Ergebniss der Untersuchung das Freisein des Kindes von Lues noch immer nicht bewiesen wäre.

Hochsinger (Wien).





Krenzer, Gustav. Zur Hutchinson'schen Trias. Inaug.-Diss. München 1897.

Krenzer berichtet über 4 Fälle von Lues hereditaria tarda, bei welchen die Hutchinson'sche Trias vorhanden, zum Theil aber schon ausgeheilt war. Besonders hervorgehoben ist die Betheiligung des Gehörorgans. In allen 4 Fällen war ein chronisch verlaufender Tuben- und Paukenhöhlenkatarrh vorhanden und ausserdem eine ziemlich starke Betheiligung des Labyrinths. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Loder, Ludwig. Lues congenita an Leber, Lunge und Nieren. Inaug.-Diss. Würzburg 1897.

Nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

La Mensa, Nicolo. Sifilismo ereditario e concezionale. (Contributo aritico.) Giornale Italiano delle mal attie veneree e della pelle XXXIII, p. 663.

La Mensa bringt unter Hinweis auf seine Arbeit über Vermittlung von Infectionskeimen durch die Spermatozoen (Giorn. Ital. delle mal. ven. e della pelle XXXIII, p. 566) eine kritische Beleuchtung der Frage über die Heredität der Syphilis im Sinne der Tommasolischen Lehre. Nachdem die Spermatozoën nicht im Stande sind, die specifischen Keime einer Krankheit in sich einzuschliessen, muss ihnen auch die Fähigkeit mangeln, Infectionskrankheiten auf das weibliche Ei zu übertragen, oder mit anderen Worten, es gibt keine wahre hereditäre Uebertragung einer virulenten Krankheit vom Vater auf den Fötus. Die Spermatozoën können jedoch, da sie wie alle anderen Elemente des Organismus dem verderblichen Einflusse der Infection mit den derselben folgenden Veränderungen und Störungen des Chemismus des Körpers ausgesetzt sind, diese Folgezustände auch auf den Neugeborenen übertragen, welcher von ihnen (den Spermatozoën) seinen Ursprung nimmt, so dass dieser dann gleichfalls unter den Folgen der constitutionellen Erkrankung des Vaters leidet, welche Folgen bei der Syphilis als Syphilismus, bei der Tuberculose als Tuberculismus bezeichnet werden müssen, in ganz ähnlicher Weise, wie dies bei Stoffwechselerkrankungen und selbst auch bei chronischen Intoxicationen der Fall ist. Auch die Anwesenheit specifischer Keime im weiblichen Eie und die Möglichkeit eines inficirten Eies sich zu einem Individuum ausbilden zu können, ist von der Beobachtung noch durchaus nicht bestätigt, denn diesbezügliche Experimente (Boulengier) haben gerade das Gegentheil bewiesen. Demgemäss kann man bis heute wenigstens noch nicht von einer bewiesenen wahren Uebertragung der Syphilis durch die weiblichen Keimzellen auf das sich daraus entwickelnde Individuum sprechen. Da aber die weiblichen Keimzellen dieselben Veränderungen und intimen Modificationen des Chemismus als Folgezustände der constitutionellen Erkrankung der Mutter erfahren können, wie die männlichen, werden sich diese Veränderungen gleichfalls an dem künftigen Kinde in der speciellen Form des Syphilismus zeigen können, nur dass sie in dem letzteren Falle viel schwerer sein können, da auch nach der Conception noch der schädliche



Einfluss der mütterlichen Krankheit während der ganzen Schwangerschaftsdauer auf den sich entwickelnden Fötus einwirken kann. Da ferner der Syphilismus wohl die Folge der Infectionskrankheit — eigentlichen Syphilis — nicht aber die Infectionskrankheit selbst ist, so wird auch keine Uebertragung der Infectionskrankheit selbst von dem Fötus auf die gesunde Mutter möglich sein, oder mit anderen Worten, es gibt keine conceptionelle Syphilis, wohl aber einen conceptionellen Syphilismus, wenigstens in Form einer mehr weniger hochgradigen Immunität (Colles'sches Gesetz). Die als conceptionelle bezeichnete Syphilis muss demnach als eine acquirirte aufgefasst werden, welche wohl gleichzeitig, aber doch unabhängig von der Conception erworben wurde, da wohl das Sperma, nicht aber die Spermatozoën die Syphilis übertragen können.

Th. Spietschka (Brünn).

La Mensa, Nicolo. Dialcune ricerche biologiche ed istochimiche sui Nemaspermi sani e sifilitici inrapporto alla eredità sifilitica. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, p. 566.

La Mensa hat, beeinflusst durch die Arbeiten von Francotte und Nicolle über die Uebertragbarkeit der Infectionskrankheiten durch die Eizellen (also wahre Heredität) die Spermatozoën zahlreicher Syphilitiker einer eingehenden histologischen Untersuchung unterzogen und über die Aufnahmsfähigkeit für Bakterien Experimente angestellt; er erhielt dabei folgende Resultate: 1. Das Blut Syphilitischer übt auf die Spermatozoën keine stärker toxische Wirkung aus, als das gesunder Individuen. 2. Die Spermatozoën besitzen nicht die geringste phagocytische Eigenschaft, welche ihnen von Boulengier à priori zugeschrieben wurde. 3. Die Vitalität der Spermatozoën von Individuen, welche sich in irgend einer Periode der Syphilis befinden, ist in keiner Weise gegenüber derjenigen von Spermatozoën völlig gesunder Menschen verändert. 4. Die histologische Structur von Spermatozoën Syphilitischer unterscheidet sich in nichts von derjenigen von Spermatozoën vollständig Gesunder. 5. Die Spermatozoën Syphilitischer verhalten sich gegenüber den verschiedenen in der histologischen Technik verwendeten Farbstoffen genau so wie diejenigen vollständig gesunder Personen.

Th. Spietschka (Brünn).

Millan, M. G. Dermatite exfoliatrice généralisée par intoxication mercurielle d'origine digestive. Intégrité de la permeabilité rénale. Epreuve de la glycosurie alimentaire négative. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Fevrier.

Eine 22jährige Patientin nahm wegen Lues durch circa 14 Tage 2 Dupuytren'sche Pillen (0·01 Centigr. Sublimat enthaltend). Auf der Fournier'schen Klinik erhielt se zwei Pillen Hydrargyr. protojodur. à 0·05 täglich. Nach 4 Tagen erkrankte sie unter den Erscheinungen einer schweren Dermatitis exfoliativa, Fieber, Stomatitis, Kopfschmerzen. Ein Methylenblau- und alimentärer Glycosurieversuch ergab vollständige



Intactheit der Nieren. Es kann also die Ursache der Quecksilbervergiftung nicht in einer Functionsuntüchtigkeit dieser Organe gesucht werden.
R. Fischel (Bad Hall).

Raymond, Paul. L'hérédité dans la syphilis. Progrès médical Nr. 33, 1899.

Verfasser behandelt die interessante Frage der Erblichkeit bei der Syphilis nach den aus klinischen Thatsachen folgenden bekannten Grundsätzen. Er unterscheidet eine bei der Conception entstandene hereditäre, und eine nach der Conception entstandene contagiöse congenitale Syphilis und kommt durch Auseinandersetzungen der verschiedenen klinischen Beobachtungen zu folgendem Resultate: Die Immunität der gesunden Mutter gegenüber ihres hereditär-syphilitisch kranken Kindes (Colles-Baumes'sche Gesetz) sowie die Immunität des gesunden Kindes, welches von einer syphiliskranken Mutter stammt (Profeta'sches Gesetz), erklärt sich durch die Permeabilität der Placenta für die Toxine der Syphilis, wodurch im ersten Falle die Mutter, im zweiten das Kind immunisirt wird. Nach einer längeren Einwirkung der Toxine wird die Placenta allmälig auch für die Krankheitserreger durchgängig und so kann die Mutter durch ihr Fötus, und der Fötus von der nach der Conception erkrankten Mutter angesteckt werden. Wilhelm Raab (Breslau).

Sauvineau. Lésions du nerf optique dans l'hérédo-syphilis. Annales 1898. Soc. de dermat. et de Syphiligr. 18 Avril.

Sauvineau präcisirt seinen Standpunkt folgendermassen:

Neuritis optica wird bei Hereditärsyphilitischen häufig angetroffen und kann als charakteristisches diagnostisches Symptom verwerthet werden.

Die Pigmentanomalien an der Papille und am Augenhintergrunde müssen als ein einfaches und gewöhnliches Degenerationsstigma aufgefasst werden, da sie auch bei sicher nicht Syphilitischen beobachtet werden.

M. Barthélemy macht eine strenge Scheidung zwischen den eigentlichen heredo-syphilitischen Erscheinungen einerseits und den Stigmatis, den Dystrophien und Anomalien der Constitution andererseits; nur die ersteren sind heilbar. R. Fischel (Bad Hall).

Thibierge, George. Deux cas de syphilis héréditaire avec lésions osseuses multiples et exostose médio-palatine. Annales 1898. Soc. de dermat. et de Syphiligr. 10 Fevrier.

37jähriger Kranke mit starker Hervorragung der Stirnhöcker, spitzbogenartiger Wölbung des Gaumens mit medianer Exostose. Die Zähne bis auf die vier unteren Schneidezähne, die normal sind, ausgefallen, der rechte hintere Gaumenbogen der Sitz einer grossen Perforation, leichte durch Tubencatarrh bedingte Schwerhörigkeit; Parese der Stimmbänder. Der rechte Radius verkrümmt und verdickt. An den beiderseits verdickten (besonders die rechte) Tibien zeigt das Röntgenbild periostale Auflagerungen.

6jähriger Knabe, dessen Mutter an gummösen Ulcerationen der Unterschenkel leidet; ihr Mann litt vor 8 Jahren an einer Genitalisi-



Mundaffection. Das Gesicht des Kindes assymmetrisch, der rechte Stirnhöcker stark vorspringend, die ganze linke Gesichtshälfte zurücktretend. An der Oberlippe und an den Mundwinkeln Narben, Zahndeformitäten, spitzbogenförmige Wölbung des Gaumens, in dessen Mittellinie Exostosenbildung. Beide Hoden atrophisch. R. Fischel (Bad Hall).

Therapie der Syphilis.

Barthélemy. Nouvelle note sur la pratique des injections d'huile grise. Annales 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10 Mars.

B. glaubt durch die Construction einer eine exacte Dosierung gestattenden Spritze dem grauen Oel den gebührenden Rang in der Quecksilbertherapie der Syphilis zu verschaffen. Bisher soll die Schwierigkeit der genauen Abmessbarkeit der kleinen zu injicirenden Quantität der allgem. Anwendung des Präparates hindernd im Weg gestanden sein.

Er räth Serien zu 7—8 Injectionen. (Wöchentlich eine Injection zu 4—5 Gtt.) Im ersten Jahre sollen 4, im zweiten 3, im dritten und vierten 2 Serien injicirt werden. Für Frauen, Greise und Kinder ist die Dose entsprechend herabzusetzen. R. Fischel (Bad Hall).

Eschbaum, Fr. Ueber eine neue klinische Methode zur buantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn und die Ausscheidung dieses Metalles bei mit löslichem metallischem Quecksilber behandelten Fällen. Dtsch. Med. Woch. Nr. 3. 1900.

Nach der üblichen Methode bindet Eschbaum mit einigen Cautelen das im Harn befindliche Quecksilber an Kupfer, trennt es von letzterem durch Erhitzen und nimmt es dann mit einem Stückchen metallischen Silbers von den Wandungen des Reagensglases weg. Durch Wägung des Silberplättchens vor und nach der Amalgamirung findet man die Menge des vorhandenen Quecksilbers. Mit dieser Methode konnte er nach Einreibungen mit Werler's Ungt. Hydrargyri colloidalis bereits nach 48 Stunden Quecksilber im Harn nachweisen. Selbst sechs Wochen nach beendigter Cur wurde noch Quecksilber durch die Nieren eliminirt. Dass Eschbaum's Methode zuverlässig ist, konnte er durch Controlversuche mit der Jodprobe ermessen. Max Joseph (Berlin).

Heydner, Friedrich. Ueber die Verwendbarkeit des Hydrargyrum sozojodolicum in gelöster Form bei der Behandlung der Lues. Inaug.-Diss. München 1897.

Heydner kann auf Grund von 70 mitgetheilten Fällen von primärer und secundärer Lues das Hg. sozojodolicum in gelöster Form als ein sehr gut zu verwendendes Mittel nur empfehlen, da es auf die bestehenden luetischen Erscheinungen in energischer und rascher Weise einwirkt. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).



Höfler, M. Ueber die Methode der Quecksilbereinreibungscuren im Bade Tölz (Krankenheil). Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. 29.

Ausführliche Schilderung der Curmethode, bei welcher Jodbäder und eine Trinkcur von Jodschwefelwasser mit Inunctionen combinirt wird. Den Inunctionen wird ein Bad, dem Bade eine energische Abreibung des ganzen Körpers vorausgeschickt. Die Arbeit enthält auch werthvolle Winke über die bei der Schmiercur durchzuführende Diät, sowie die sonst während derselben durchzuführenden Cautelen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Jordan, A. Ein weiterer Beitrag zur Welander'schen Sackbehandlung der Syphilis. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. 30.

Die Versuche J's. mit grauer Salbe, die in Flanellsäcke eingestrichen wurde, ergaben dasselbe Resultat wie die früheren Versuche des Verfassers mit Mercuriol. Die Methode ist bequem, meist ungefährlich, wirkt zuweilen vorzüglich, steht aber im Allgemeinen doch der Einreibungs- und Spritzcur nach. Sie empfiehlt sich bei leichterer Syphilis, bei intelligenten Kranken mit breitem Thorax, bei welchen Einreibungen oder Einspritzungen aus äusseren Gründen undurchführbar sind. Das Tragen zweier Säcke auf Brust und Rücken scheint schneller zum Ziele zu führen als das eines Sackes. Ludwig Waelsch (Prag).

Jullien. Quelques essais d'hémothérapie et de sérotherapie dans la syphilis. Annales 1898. Soc. de dermat. et syphiligr. 10 Mars.

Jullien injicirte das auf besondere Weise von einer tertiär syphilitischen Frau gewonnene Blut zu 2 und 3 Ccm. einem frisch inficirten Mädchen, bei dem sich eben ein Exanthem zu entwickeln begann, ohne dass sich ein Erfolg — die anfängliche Besserung war nur vorübergehend — auf den weiteren Verlauf hätte constatiren lassen.

Bei zwei weiteren Fällen wendete er die Ascitesflüssigkeit eines luetischen Cirrhotikers, von deren Unschädlichkeit er sich vorher an Meerschweinchen überzeugt hatte, an. Der Effect im ersten Falle negativ. Im zweiten Falle ging nach 17 Injectionen, welche 256 Ccm. Serum enthielten und welche die ausschliessliche Therapie bildeten, das Exanthem innerhalb 7 Wochen wie nach einer Quecksilberbehandlung zurück.

Aus einem günstigen Falle lässt sich noch kein bindender Schluss ziehen, doch fordert er mit Rücksicht auf die Unschädlichkeit des Verfahrens zu weiteren Versuchen auf. R. Fischel (Bad Hall).

Levin, E. Weitere Mittheilungen über die Betheiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. 29.

Verf. berichtet über 4 Fälle, bei welchen im Verlaufe einer Schmiercur am weichen Gaumen ausgedehnte Ulcerationen auftraten und die er wegen der Seltenheit der Localisation hervorhebt. Sie wurden bisher



nur häufiger bei schweren Fällen von Quecksilbervergiftung, namentlich nach Injection von grauem Oel beobachtet.

Ludwig Waelsch (Prag).

Schulze. Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hg-Präparaten. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. 30.

Der Kranke Sch's. vertrug Hg weder bei endermatischer, noch hypodermatischer Application, indem er nach der ersteren ein Hg-Exanthem, nach der letzteren ausserdem neben hohem Fieber eine Ohnmacht bekam mit nachfolgender grosser Schwäche. Dagegen wurde Hg-tannicum innerlich sehr gut vertragen (0·01—0·1 pro Pille, 3 Mal täglich). Gelegentlich späterer Recidive wurde sofort mit 0·3 G. pro die begonnen, ohne dass Patient jemals irgend welche Intoxicationserscheinungen aufgewiesen hätte.

Ludwig Waelsch (Prag).

Stark. Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injectionen mit Hg salicyl. nebst einem Beitrage zu sogen. Paraffinembolien der Lunge. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. 30.

Einige Stunden nach einer Hg-salicyl-Injection, nach welcher Pat. eine Hummermayonnaise genoss, erkrankte er unter gastrischen Erscheinungen und Auftreten eines Exanthems in Form von Flecken, Quaddeln, Blasen. Nach 6 Tagen Schwund der Erscheinungen. Zur Feststellung der Aetiologie dieser Hauterkrankung wurde dem Pat. eine zweite Injection verabfolgt mit denselben Folgeerscheinungen. Dagegen wurde eine später vorgenommene Calomelinjection gut vertragen. St. glaubt, dass die Ursache dieser Intoxication nicht das Hg, sondern das Salicyl sei. — Paraffinembolien hat er unter 250 Injectionen 2 Mal beobachtet. Er empfiehlt warm die Lesser'sche Methode des Abnehmens der Spritze nach Einstechen der Nadel und hält gegenüber Möller die centrale Partie einer jeden Gesässbacke für den günstigsten Ort für die Injectionen. Wesentliche Infiltrate nach der Injection unlösl. Salze hat er nicht beobachtet.

Ludwig Waelsch (Prag).

Vayas. Kakodylsaures Hg. Soc. de Biolog. 26. Mai 1900. Gazetta hebdom. 1900. Nr. 45.

Vayas hat durch Versuche an 6 Kaninchen festgestellt, dass 0·02 bis 0·08 kakodylsaures Hg subcutan injicirt gut vertragen wurde, erst bei Injection von 0·16 starb ein Kaninchen (von 1900 Gr.). Intravenös wurden 0·02 bis 0·05 ertragen, bei 0·1 starb ein Thier nach 36 Stunden. Nach diesen Versuchen hat Vayas die Behandlung Syphilitischer mit kakodylsaurem Hg begonnen und injicirt zunächst täglich 0·03 subcutan.

Victor Lion (Breslau).

Geschlechtskrankheiten. Allgemeiner Theil.

Sorotschinski, P. Zur Frage von der Behandlung der Gonorrhoe nach der Janet'schen Methode. Ehsenedelnik 1900. Nr. 13.

Verf. gelangt nach reichlicher Erfahrung zum Resultat, dass acute Gonorrhoen lieber nicht nach der Janet'schen Methode behandelt werden

sollten, wenn aber einmal begonnen, dürfe diese Behandlungsmethode in der ersten Zeit nicht unterbrochen werden. Es gibt Personen, welche die Janet'schen Ausspülungen nicht vertragen. Auch bei ganz vernachlässigten chronischen Gonorrhoen tritt mitunter schnelle Heilung ein, Recidive bleiben jedoch oft nicht aus. Als Complication kommt zuweilen eine Incontinentia urinae vor. Die Ausspülungen dürfen nur in Rückenlage des Patienten gemacht werden. S. Prissmann (Libau).

Tschitschulin, G. Protargol bei Gonorrhoe. Woenno-medicin. Journal 1900. Nr. 2.

Nach einer eingehenden Berücksichtigung der einschlägigen Literatur berichtet Verf. über die von ihm in 40 Fällen acuter und chronischer Gonorrhoe mit Protargol erlangten Resultate. Bei Erkrankung der Anterior wurde das Medicament in $^1/_4$—$2^0/_0$iger Lösung genau nach Neisser's Vorschrift gebraucht, bei Localisation in der Posterior kam das Protargol in einer Stärke von 1 : 1000 bis 500 nach der Janet'schen Methode zur Anwendung. Autor gelangt zum Resultat, dass das Protargol keineswegs ein Antigonorrhoicum par excellence sei, es habe keine sonderlichen Vorzüge vor dem Arg. nitr. und dem Zinc. hyperman. liqu. Für die Behandlung der in der Anterior localisirten acuten Gonorrhoe ist das Medicament immerhin empfehlenswerth, bei chronischer Gonorrhoe lässt es meist im Stich. Das Protargol, nach der Janet'schen Methode angewandt, hat keine Vorzüge vor dem Kalihypermanganicum. Bloss die Reizlosigkeit des Medicaments, wenigstens in den schwächeren Lösungen, hebt Verf. als besonderen Vorzug hervor. S. Prissmann (Libau).

Christian, Philadelphia, H. M. Chronische, katarrhalische Prostatitis. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases.

Christian ist fest überzeugt, dass es eine chronische katarrhalische Prostatitis, als selbständige Erkrankung, gibt; also auch ohne Betheiligung der Samenbläschen. — In der Mehrzahl der Fälle erfolgt die Krankheit durch Ausbreitung und im Gefolge einer Urethritis posterior chronica; doch kann zuweilen derselbe pathologische Zustand auch nach sexuellen Ausschreitungen auftreten. Die folgenden Symptome betrachtet Verf. für pathognomonisch: 1. Einen farblosen, wie Glycerin aussehenden Morgenausfluss, bei Mangel von Fäden im Harne. — Ferner die häufige, jedoch weniger wichtige Defäcations- oder Mictions-Prostatorrhoe; zumal dieses Symptom gelegentlich auch bei nicht pathologischen Zuständen der Prostata sich ereignen kann. 2. Charakteristisch erscheint dem Verf. constanter Urethralschmerz an der Glans Penis oder am Perineum, welcher nach Uriniren vorübergehend nachlässt. Blasensteine können wohl ähnliche Schmerzen verursachen; jedoch dürfte der Mangel sonstiger Symptome den Arzt nicht irreführen. Die Patienten sehr beunruhigend ist auch das Symptom der gesteigerten Harnfrequenz. Verf. fordert, dass bei Vorhandensein obiger Symptome eine Rectaluntersuchung immer vorgenommen werde, welche zur Diagnose einer Prostatitis catarrhalis chronica unerlässlich ist. — Die Prostata ergibt sich dann vergrössert, von weicher Consistenz, auf Druck leicht schmerzhaft und auf Massage derselben er-



folgt ein reichlicher Ausfluss am Orificium, welcher aus amorphen Phosphaten und Eiter besteht. Die Gegenwart von Eiter in einem durch Massage erhaltenen Prostatasecrete hält Verf. bei gleichzeitigem Ausschluss einer Urethral- und Samenblasenentzündung für Prostatitis catarrh. chron. absolut pathognomonisch. — In Bezug auf Therapie empfiehlt Verf. ein allgemein tonisirendes Verfahren, zumal die meisten Patienten sich als Neurastheniker geberden. Leberthran, Strychnin und Phosphate sind demnach platzgemäss. — Vor dem Schlafengehen rectal eingeführte Ichthyolsuppositorien und heisse Morgendouchen haben dem Verf. gute Dienste geleistet. Das Hauptgewicht legt jedoch Verf. auf die Localbehandlung. In erster Linie wichtig hält Verf. die wöchentlich, regelmässig, zum mindesten einmal und ausschliesslich mit dem Finger ausgeführte Massage der Prostata. Zweitens empfiehlt Verf. tiefe Irrigationen der Urethra mittelst Silberlösungen; im Beginne von der Stärke von 1 zu 6000; später von 1:2000. Ferner werden noch vorsichtige Sondirungen mit den grossen Nummern, als sehr wirksam, empfohlen. Bei reichlicher Epitheldesquamation sollen Sondirungen unterlassen werden. Auch dem grosskalibrigen Psychrophor (**Winternitz**) wird ein löbliches Wort gesprochen. Im Allgemeinen erweisen sich die Behandlungsresultate selten als vollständige Heilung. Gegen das Radfahren hat Verf. keine Einwendung, wenn nur der Sattel ein zweckmässiger ist. Ob diese Erkrankung zur senilen Prostatahypertrophie in ätiologischer Beziehung steht, will Verf. vorderhand noch dahingestellt sein lassen.

Beck (New-York).

Friedlaender. Fremdkörper der Harnröhre. (Dermatol. Zeitschr. Bd. VI, 1899.)

Friedlaender veröffentlicht zwei Fälle von Fremdkörpern. Im ersten Falle hatte sich der Patient post Coitum als prophylactisches Mittel gegen Infection ein Stück Rettig in die Harnröhre eingeführt, welches fünf Monate später extrahirt wurde. Im zweiten Falle hatte sich 5 Cm. hinter dem Orificium ein kirschkerngrosser Phosphatstein gebildet.

Fritz Porges (Prag).

Morton, Henry A. Cystitis. New-York Med. Journal LXXI, pag. 732, 761, 12. u. 19. Mai 1900.

Als letzte Ursache einer Cystitis sieht **Morton** stets eine Infection mit Mikroorganismen an; die am häufigsten vorkommenden unter diesen werden dann beschrieben, ebenso die Wege, auf welchen dieselben in die Blase gelangen können. Betreffs Eintheilung der verschiedenen Formen von Cystitis, die bei denselben vorhandenen pathologischen Veränderungen, Symptome, locale und allgemeine, Prognose und Behandlung, die sämmtlich in präciser und übersichtlicher Weise besprochen werden, bringt der Artikel ebenfalls keine neuen oder besonders wichtigen Mittheilungen.

H. G. Klotz (New-York).



Venerische Helkosen.

Chitrowo, A. Zur Casuistik der extragenitalen weichen Schanker. Ulcera mollia des Rectums. Medicin. Obosr. 1900. Aprilheft.

Ulcera mollia extragenitaler Localisation kommen recht selten vor, nach Jullien's Berechnung kommt auf 40 geschlechtliche 1 extragenitales Ulcus. Ch. hat unter 2084 weichen Schankern bei Männern 14mal extragenitale Localisation gefunden, Petersen unter 5363 nur 9mal. Häufiger ereignet sich beim weiblichen Geschlecht: auf 1 Ulcus molle beim Manne kommen 14 beim Weibe vor. Was die specielle Localisation anbelangt, so betheiligt sich der After am relativ häufigsten, am seltensten das Gesicht, auch im Mastdarm kommen sie sehr selten vor. Der vom Verfasser beobachtete Fall betrifft einen 40jährigen Mann, an dem im trunknen Zustande ohne sein Wissen und Wollen ein Coitus per anum ausgeführt wurde. Am nächsten Tage stellten sich beim Stuhlgang Schmerzen, Blut und nachträglich auch etwas Eiter ein. Von Tag zu Tag steigerten sich die Schmerzen derart, dass sie den Patienten beim Gehen und Sitzen hinderten. Bei der Untersuchung des Rectums per Speculum fand Verf. auf der vorderen und hinteren Wand 4 Cm. oberhalb des Anus 2 unregelmässige, ziemlich tiefe, mit Eiter bedeckte, 3 Cm. grosse, unebene Geschwüre. Die Ränder und der Grund derselben waren weich, bei Berührung empfindlicher Schmerz. Auf Jodoformsuppositorien, Bor- und Carbolausspülungen des Rectums trat relativ schnelle Heilung ein.

S. Prissmann (Libau).

Zarifian, M. Contribution à l'étude clinique du traitement des bubons vénériens. Thèse de Paris, 1898, Nr. 589. 48 Seiten.

Fluctuirt der Bubo noch nicht, so empfiehlt der Verf. folgendes Verfahren: Vollbad, Rasiren der erkrankten Regio cruro-inguinalis, Waschung mit Aether, Alkohol und Sublimat $^1/_{1000}$, täglich 1 bis 2 halbstündige Zerstäubung von Carbol- oder Sublimatlösungen, feuchter antiseptischer Verband und Bettruhe. Von 17 so behandelten Patienten heilten 13 vollständig, 4 Bubonen vereiterten. Besteht Fluctuation, so erzielt man bei geringer Entzündung und kleiner Ausdehnung der Fluctuation gute Resultate mit Injection antiseptischer Flüssigkeiten (z. B. Jodoform-Aether oder $^1/_{100}$ Hg benzoic). Ist viel Eiter vorhanden, ohne dass jedoch die Haut verdünnt und bläulich-roth ist, so ist Aspiration des Eiters mit nachfolgender antiseptischer Injection oder Punction mit dem Bistouri am Platze. — Ist die Haut aber bereits so dünn und bläulich, dass spontaner Durchbruch droht, so muss möglichst bald incidirt werden. Und zwar empfiehlt Verf. zur Vermeidung hässlicher Narben die Incision (nach Prof. Panas und Terillon) senkrecht zum Poupart'schen Band zu machen. Die cosmetischen Resultate sind dann sehr gute.

Kuznitzky (Köln).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

De Amicis, M. So di un caso di Sifilide maligna precoce. Giornale Internat. di Sc. Med. Ao. XX, pag. 1.

De Amicis beschreibt einen Fall von Syphilis bei einem sonst gesunden kräftigen 24jährigen Manne, welcher unter allgemeinem Kräfteverfall schon nach 6 Monaten zur Bildung pustulöser und ulceröser Formen führte. Eine Ursache für diesen malignen Verlauf der Syphilis liess sich nicht auffinden. Unter Calomelinjectionen trat in drei Wochen vollständige Heilung ein. Th. Spietschka (Brünn).

Cao, Giuseppe. Sull' azione protettiva dei gangli linfatici nella Sifilide. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, pag. 607.

Cao beobachtete einen dem Haan'schen ähnlichen Fall, wo bei einem Individuum die rechtsseitigen Leisten- und Achsellymphdrüsen in Folge Tuberculose exstirpirt worden waren; die Erscheinungen einer ein Jahr später erworbenen Syphilis traten an den ihrer Lymphdrüsen beraubten Extremitäten in viel höherem Grade auf als an den anderen.
Th. Spietschka (Brünn).

Du Castel. Syphilis récidivée. Annal. 1898. Soc. de dermat. et de syphiligr. 10. Fevrier.

Castel demonstrirt einen 33jährigen Mann mit einer Erosion mit knorpelhartem Grunde in der Balanopräputialfurche und einer Roseola syphilitica. Derselbe stand im Jahre 1892 mit einem harten Geschwür und einem papuloulcerösen Syphilid, dessen Narben jetzt noch sichtbar sind, in seiner Behandlung.

Im Jahre 1896 kam er mit einer Iritis luetica ins Spital, gegen welche ihm eine Einreibungscur verordnet wurde.

Mit Rücksicht auf diese Thatsachen glaubt C. mit Sicherheit in diesem Falle eine Reinfection annehmen zu müssen.

Renault M. constatirt, dass bisher in Frankreich noch kein sicherer Fall von Reinfection beobachtet wurde, während Hutchinson 32 authentische, Pospelow einen sicheren selbstbeobachteten Fall mitgetheilt haben.

Brocqu M. erwähnt einen selbstbeobachteten Fall, in dem vier Jahre nach der ersten Infection Reinfection auftrat.

Galesowski M. warnt vor der Annahme einer Reinfectio und glaubt auf Grund eines in gewisser Beziehung ähnlichen Falles, dessen Mittheilung er macht, latente Syphilis mit neuerlicher Eruption annehmen zu müssen. R. Fischel (Bad Hall).

Cohn, Moritz. Zur Differentialdiagnose der gummösen Neubildungen. Inaug.-Diss. München 1897.

In den vier von Cohn mitgetheilten Krankheitsfällen mit Sectionsbefunden handelt es sich um multiple Gummata in den verschiedensten



Organen (Muskeln, Nieren, Herz, Darm, Rückenmark, Leber, Gehirn, Drüsen, Hoden etc.). Die Diagnose Lues wurde bestätigt durch gleichzeitiges Vorhandensein der verschiedensten anderer luetischer Symptome.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Neumann, J. Der syphilitische Primäraffect an der Vaginal-Portion des Uterus. (Dermatol. Zeitschr. Bd. V, 1898.)

Eine ausführliche klinische und histologische Schilderung. Die 10 Jahre umfassende Statistik ergibt dass in 15% die Sclerosen bei Weibern an der Portio sitzen. In den Narben sah der Verfasser öfters Gummen auftreten. Fritz Porges (Prag).

Cocks, E. L., New-York. Der jüngste Fall mit einer syphilitischen Initialläsion. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Juni 1899.

Der neunmonatliche Sohn, nachweisbar ganz gesunder Eltern, ist das erste Kind einer blühend gesunden Mutter. Wegen Mangel an Muttermilch wurde das Kind an der Flasche ernährt und gedieh befriedigend bis April 1899, zu welcher Zeit dem oft unruhigen Kinde behufs Beruhigung eine Weichgummi-Zitze in den Mund gesteckt wurde. Eine Woche nachher bildete sich ein Geschwür an der Oberlippe, welches sich als derber schmerzhafter Schanker erwies. Es bestand auch Submaxillar-Drüsenschwellung. Zwei Wochen darauf kam ein maculöses Syphilid zum Vorschein. Beck (New-York).

Gravagna. Il terziarismo nella donna, sua comparsa, sue complicazioni. Rassegna internazionale della medicina moderna. 1900, Nr. 6.

In den Jahren 1894 bis 1898 kamen an der Hautklinik in Catania 416 venerisch erkrankte Frauen zur Beobachtung, von welchen 240 secundär-syphilitische Erscheinungen darboten; von diesen 240 konnten 74 innerhalb des oben erwähnten Zeitraumes im Auge behalten werden, und bei 29 i. e. 39·18% das Eintreten tertiärer Erscheinungen innerhalb eines oder zweier Jahre constatirt werden. Die ernste Bedeutung dieser Zahlen liegt nicht so sehr in ihrer Höhe, als in dem Umstande, dass die Erscheinungen mit grosser Heftigkeit auftraten, indem bei der grossen Mehrzahl der Patientinen die tertiären Erscheinungen nicht nur während eines oder zweier Jahre auftraten, sondern in ihrem destructiven Processe, nur mit geringer Unterbrechung, immer weiter fortschritten. In ätiologischer Beziehung beschuldigt der Autor fast ausschliesslich die fortgesetzten sexuellen Strapazen, da die Patientinnen in der Secundärperiode genügend behandelt worden waren, und bei ihnen sich wahrscheinlich die tertiären Erscheinungen nicht so rasch, und nicht immer auf den Genitalien localisirt entwickelt haben würden, wenn sie eben nicht ihren Beruf als Prostituirte weiter ausgeübt hätten. Walther Pick (Breslau).

Jones, David H. A Critical Study of the „Justus" Blood Test for Syphilis. New-York Medical Journal LXXI, 513. 7. April 1900.

Jones berichtet über Nachprüfungen, die er in ähnlicher Weise wie Labot und Mertins (Boston Med. Surg. Journal 1899, pag. 323)



vorgenommen hat mit der von Justus (Virchow's Archiv V. 140, pag. 91, n. v. 148, pag. 533) aufgestellten Behauptung, dass in allen Fällen von vorher nicht behandelter Syphilis eine einzige Einreibung von Ungt. ciner. oder subcutane oder intravenöse Injection von Quecksilber von einer zwischen 10% und 20% betragenden Verminderung des Hämoglobingehaltes des Blutes gefolgt werde, während in anderen Fällen diese Reaction ausbliebe. Die Untersuchungen wurden nach der Hammerschlagschen Methode (Bestimmung des specifischen Gewichts) vorgenommen, in einzelnen Fällen und zwar ohne Aenderung des Resultats mit dem Fleischl'schen Hämometer controlirt.

Jones untersuchte 53 Fälle, davon 35 syphilit., 18 nicht syphilit. Unter den 17 Fällen von noch nicht behandelter activer Syphilis zeigten 13 eine von 12%—22% betragende Abnahme des Hämoglobins, nur in 4 trat keine Veränderung ein, desgleichen in einem Fall nach eingeleiteter Syphilisbehandlung und in 2 Fällen latenter Syphilis. Unter 8 Fällen von Schanker mit Adenitis wurde zweimal (6, resp. 4 Wochen nach Infection) positives, sechsmal negatives Resultat erzielt (4 Wochen nach Infection). Unter 7 Fällen von Schanker ohne Adenitis wurde in einem einzigen, übrigens nicht einwurfsfreiem Falle ein positiver Befund gewonnen. Vollständig negativ war das Resultat in den 18 Controlfällen: 5 Phthisis, 1 Typhoid, 1 Apoplexia, 1 Rippenfractur, 1 Vorderarmfractur, 1 Morphiumsucht, 1 weicher Schanker und 7 acuter Alkoholismus.

Auf Grund dieser Befunde will Jones der Justus'schen Probe einen wenn auch nicht absolut sichern Werth in zweifelhaften Fällen von Syphilis zuerkannt wissen, und stellt dieselbe unter die jungen Untersuchungsmethoden, die unter gewissen Bedingungen von Nutzen für die Diagnose sind, positiv einen bedeutenden, negativ geringen oder gar keinen Werth haben. H. G. Klotz (New-York).

Köbner, H. Zwei Fälle von syphilitischen Primäraffecten mit abnormem Sitz, bezw. Verlauf. Zugleich ein Beitrag zur Prophylaxe der Syphilisübertragung durch Eheschliessung. Dtsch. med. Woch. 14, 1900.

In dem ersten von Köbner veröffentlichten Falle bestand ein syphilitischer Primäraffect an einer ganz ungewöhnlichen Stelle, am Oberschenkel. Wegen des abnormen Verlaufs der Folgeerscheinungen, einer frischen Periostose am Os parietale neben der noch bestehenden primären Sclerose war lange Zeit die eigentliche Natur der Erkrankung verkannt worden. Köbner weist mit Recht darauf hin, dass Ricord's Lehre von der nothwendigen chronologischen Reihenfolge der tertiären hinter den secundären Symptomen nicht mehr haltbar ist. In diesem Falle trat eine völlige Umkehr der Reihenfolge und des Termins der allgemeinen Infectionserscheinungen ein: ein sehr verspäteter Ausbruch des ersten Syphilides zwischen der Mitte und dem Ende des vierten Monats, und ein isolirtes Auftreten der Periostitis gegen das Ende des zweiten Monats. Anlässlich des zweiten von ihm veröffentlichten Falles einer constitutionellen Lues nach nicht indurirten Primärgeschwüren und



vorzeitiger Verlobung erinnert Köbner wieder daran, dass das Fehlen einer Sclerosirung primärer Ulcera durchaus nicht immer eine sichere Garantie für das Ausbleiben constitutioneller Lues verbürgt. Solche Kranke seien zur Revision bis zum Ablauf von 12—15 Wochen anzuhalten.

Max Joseph (Berlin).

Lassar. Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Der Verfasser weist auf die ausserordentliche Verbreitung der venerischen Krankheiten hin, und sieht den Grund hiefür in der Sittenlosigkeit der Zeit. Abhilfe kann nur durch eine sittlichere und aufklärende Erziehung der Jugend geschaffen werden.

Fritz Porges (Prag).

Manchot, C. Ueber die Beziehungen der Glykosurie und des Diabetes mellitus zur Syphilis. Monatshefte für prakt. Derm. Bd. 27.

In dem ersten Theil seiner interessanten Arbeit liefert Manchot eine sorgfältige Zusammenstellung der bisher beobachteten Fälle von syphilitischem Diabetes, der seine Ursache entweder in einer luetischen Erkrankung des centralen Nervensystems oder des Pankreas oder der Leber haben könne. Auszuschliessen sind alle diejenigen Fälle, bei welchen es sich um eine zufällige Coincidienz beider Erkrankungen handelt. Als ein syphilitischer Diabetes kann nur derjenige angesprochen werden, bei welchem die syphilitische Infection sicher vor Beginn des Diabetes erfolgte und der letztere gleichzeitig mit oder in Gefolge von sicheren Zeichen manifester Lues auftritt und ebenso wie diese unter antisyphilitischer Behandlung schwindet.

Dass Diabetiker sich mit Syphilis inficiren, kommt nach Verfassers Erfahrungen sehr selten vor und hat wahrscheinlich seine Ursache in der rasch eintretenden Impotenz der Zuckerkranken. Die in der Literatur bezeichneten Beobachtungen, nach welchen der Primäraffect bei Diabetikern Neigung zum gangränösen Zerfall zeigt, die Secundärerscheinungen überstürzt eintreten, könnte Verfasser auf Grund eines von ihm beobachteten Falles, wo neben Diabetes auch noch schwerer Alkoholismus bestand, nicht bestätigen. In diesem Falle liess sich auch im Gegensatz zu gewissen, in der Literatur vorhandenen Angaben, ein Einfluss der Syphilis oder der antisyphilitischen Cur auf den Diabetes nicht constatiren.

Den bisherigen Beobachtungen von syphilitischem Diabetes ohne Läsion des centralen Nervensystems fügt Manchot vier neue Beobachtungen bei. Davon wurde in zwei Fällen die syphilitische Natur des Diabetes durch die sorgfältige Anamnese und durch den Nachweis manifester Syphilis wahrscheinlich gemacht, und durch Heilung des Diabetes durch die antisyphilitische Behandlung bewiesen. In dem einen dieser Fälle scheinen die klinischen Symptome auf eine syphilitische Erkrankung der Leber als Ursache hinzuweisen, bei den beiden anderen Fällen ergab die Section hochgradige Veränderungen des Pankreas (die bei hereditär-syphilitischen Kindern in 21—22% der Fälle vorhanden sein sollen) und



legte den Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und dem Diabetes nahe. Nachdem aber in diesen Fällen hochgradige Atrophie des Pankreas mit geringer interstitieller Bindegewebswucherung sich fand, während sonst die syphilitische Pankreatitis mit Vergrösserung und Induration des Organs einhergeht, musste Verfasser auch die Frage beantworten, ob die Pankreasatrophie in seinen Fällen syphilitischer Natur gewesen sei. Der vorerwähnte Typus der fibrösen luetischen Pankreatitis erscheint dem Verfasser als zu schematisch; er hebt aus einer Zusammenstellung Kasahara's prägnante Beispiele hervor, wo sich bei Syphilis auch andere Formen der Pankreaserkrankung fanden. Andererseits bringt er selbst einen Fall von Pankreatitis syphilitica bei. Er kommt zu dem Schlusse, dass die präcise pathologisch-anatomische Trennung der syphilitischen und nichtsyphilitischen Pankreaserkrankung noch weiterer Klärung bedürfe.

Weiters berichtet Verfasser über die interessante Beobachtung transitorischer Glykosurie im Verlaufe der secundären und tertiären Syphilis. Bei 186 syphilitischen Männern fand er Zucker zehnmal, bei 173 Weibern siebenmal. Nach Ausschaltung aller zweifelhaften oder durch andere ätiologische Momente zu erklärenden Fälle blieben von diesen 359 Kranken 12 sichere Fälle = 3·3% von, auf Syphilis zu beziehender, vorübergehender Glykosurie übrig. Bei einem Kranken trat sie kurz vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen auf; in 8 Fällen gleichzeitig mit der ersten Allgemeineruption, 2 Glykosurien von kurzer Dauer wurden gelegentlich von Recidiven beobachtet, eine bei einer tertiär syphilitischen Person. In keinem Falle liess sich ein auffälliger Zusammenhang der Glykosurie mit der Schwere der Syphilis erkennen. Nach M.'s Auffassung ist diese vorübergehende Glykosurie der Syphilitiker eine Theilerscheinung der syphilitischen Allgemeinerkrankung und hat ihren Grund in vorübergehenden Störungen der Pankreas, vielleicht auch der Leber und weist hin auf die Mitbetheiligung der inneren Organe an den Ausbruch der constitutionellen Syphilis.

Versuche, alimentäre Glykosurie e saccharo bei Syphilitikern zu erzeugen, ergaben kein besonderes Resultat. Ludwig Waelsch (Prag).

Petersen und **Stürmer**. Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Russland.

In einer ausführlichen, theilweise statistischen Arbeit gibt der Verfasser Aufschluss über die kolossale Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Russland; der Grund hiefür scheint ihm nicht nur in den socialen Verhältnissen, sondern besonders in dem Mangel an Spitälern zu liegen. Tabellen erläutern die grosse Verbreitung der Prostitution, sowie die polizeiliche Ueberwachung derselben, deren Mängel der Verfasser hervorhebt. Fritz Porges (Prag).

Liwschitz, A. Syphilis im Gouvernement Minsk. Ehschened 1900. Nr. 9, 10 und 11.

Vom russischen Medicinaldepartement behufs Feststellung der Verbreitung der Syphilis im Gouvernement Minsk abcommandirt, hat Verf.



im Laufe eines halben Jahres im Ganzen circa 45.000 Personen auf Lues untersucht, wovon etwa 40.000 Landbewohner waren. Zur Untersuchung der letzteren waren 170 Arbeitstage erforderlich, demnach wurden täglich im Durchschnitt 236 Personen, beziehungsweise 25 pro Stunde untersucht. In seiner vorläufigen Mittheilung spricht Verf. nur von der Landbevölkerung, in der die Syphilis im Durchschnitt mit 4·1% vertreten ist, wobei der Procentsatz in den verschiedenen Gegenden des Gouvernements zwischen 1—16% schwankt. In mehr als $^2/_3$ der Fälle waren Frauen und Kinder betheiligt. Unter den 700 untersuchten Juden fanden sich bloss 2 Syphilitiker. Geschlechtliche Infection lag in 10·5%, extragenitale in 72·7% der Fälle vor; in 16·8% war die Infectionsquelle nicht zu eruiren. Die überwiegende Majorität der Syphilitiker befand sich im gummösen Stadium (auf 30—42% des condylomatösen kamen 58—70% des gummösen Stad.), was Verf. damit zu erklären sucht, dass die Landbevölkerung bei dem ausgesprochenen Mangel an Aerzten auf dem flachen Lande Russlands ihre frische Lues nicht rechtzeitig und gründlich genug behandeln lassen kann. Auf etwa 100.000 Landbewohner kommt ein Arzt, wobei letzterer zuweilen in einer Entfernung von 100—150 Werst wohnt.

S. Prissmann (Libau).

Philippson, L. Delle gomme Syphilitiche e sulla loro dipendenza da alterazioni vasali. Giornale Italiano delle mal. vener. e della pelle. XXXII, p. 409.

Philippson hatte schon früher histologische Untersuchungen angestellt um die Frage zu lösen, ob es nicht möglich sei, aus den histologischen Veränderungen erkrankter Haut auf die Art und Weise der stattgefundenen Infection zu schliessen und hatte für die Sclerose, als Typus einer ectogenen Infection, eine concentrische, für die Papel, als Typus einer endogenen, hier speciell hämatogenen Infection eine dendritische Structur gefunden. Diese Untersuchungen stellte er nun auch über das Gumma an und benützte dazu subcutane Gummen verschiedener, namentlich auch sehr junger Stadien. Seine Ergebnisse weichen in vielen Punkten von denen anderer Forscher wesentlich ab. Je nachdem die Untersuchung den zelligen Elementen oder den Blutgefässen galt, wurden einzelne Schnitte oder Schnittserien beobachtet, letztere durch die ganze Dicke des Gumma unter Anwendung von Orceinfärbung; der erste Theil der Arbeit handelt von den Zellveränderungen, der zweite von den Gefässveränderungen. Das Granulom sei anfangs aus Zellen zusammengesetzt, welche von Leukocyten oder von den Fettzellen des Panniculus adiposus herrühren, die sich in grosse protoplasmareiche Zellen umwandeln; diese Zellen, sowie das Gewebe, in welchem sie liegen, verfallen der Coagulationsnekrose und schliesslich ruft das nekrotische Gumma eine Entzündung in seiner Umgebung hervor. An den Gefässen wurde, selbst in so frühen Stadien, dass an eine secundäre, durch das Granulom bedingte, Gefässerkrankung noch gar nicht gedacht werden kann, stets eine, demnach primäre, proliferirende Endophlebitis gefunden, und zwar an Venen mit kleinem Durchmesser bis zu 1 Mm.; die Arterien er-

kranken nur ausnahmsweise. Das durch die Blutbahn herbeigeführte Virus bedinge zuerst eine Erkrankung der Vene, und dann erst ihrer Umgebung, die Erkrankung der Umgebung werde dadurch begünstigt, dass durch die Erkrankung der Vene mit Occlusion derselben eine locale Stauung und somit eine Anhäufung des Virus bedingt werde.

Th. Spietschka (Brünn).

Jordan, A. Ein Fall von Narbenkeloid nach Syphilis. Med. Obosr. 1900. April.

Der vom Verf. im I. Moskauer Stadtkrankenhause beobachtete Fall von Narbenkeloid nach Syphilis betrifft einen 25jährigen Mann, der zahlreiche verschiedenartige Narben auf dem Körper aufwies. Auf der behaarten Kopfhaut fanden sich kleine, rothe, auf der Stirn feine, blendend weisse, strahlige, flacherhabene, auf beiden unteren Extremitäten oval- bis ringförmige, mit verzweigten Ausläufern versehene rosenrothe oder weisse Narben von elastischer Consistenz. Der Rücken, die Brust wiesen flacherhabene, zum Theil strahlige, dunkelrothe, das Abdomen schneeweisse, runde, etwa pfenniggrosse Narben auf; auf den unteren Extremitäten waren sie rothbraun, nierenförmig, nicht erhaben. Eine lineäre, pigmentirte, flache Narbe fand sich in der rechten Inguinalgegend, ganz frei waren bloss Handteller und Fusssohlen. Am Penis sass ein grosses, gummöses Geschwür, dessen Ränder zu vernarben anfingen. In Folge der Narbenbildung war die Eichel ein wenig nach oben gekrümmt. Einzelne oberflächliche Hautgummata sassen auf dem Rücken und der Stirn. Die Gummata heilten auf specifische Behandlung bald ab, die keloidartigen Narben blieben jedoch nach wie vor, auch bei localer Quecksilberbehandlung, unverändert. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts Neues.

S. Prissmann (Libau).

Piccardi, G. Sull' assorbimento del Mercurio attraverso la pelle. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXIII, pag. 684.

Piccardi stellte Versuche an um erstens nachzuweisen, ob auch die Calomelsalbe und das von Peroni angegebene Calomeltraumaticin Quecksilberdämpfe entwickeln und zweitens ob auch durch die intacte Haut Quecksilberdämpfe resorbirt werden können. Die erste Untersuchung geschah durch die Reaction mit Goldchlorid in geschlossenen Glasdosen bei Körpertemperatur; die zweite durch Experimente an Menschen, an deren einem Arme das Medicament in entsprechender Anordnung applicirt wurde, worauf die ganze Extremität in einen undurchlässigen Kautschukbeutel eingehüllt wurde. Es ergab sich, dass erstens sowohl bei der Application der gewöhnlichen grauen Salbe, als auch der Calomelsalbe sowie bei den Calomeltraumaticinpinselungen — hier in viel geringerem Grade — sich bei Körpertemperatur Quecksilberdämpfe entwickeln und dass zweitens die Quecksilberdämpfe auch durch die intacte Haut vom Körper aufgenommen werden können. Th. Spietschka (Brünn).

Powell, Arthur. A case of syphilis with precocious gummata and rupial ulceration. (British Journ. of Dermatol. 1899.)



Powell berichtet über einen Fall von Lues maligna betreffend einen 42jährigen Mann, bei dem kaum zwei Monate nach dem Auftreten des Primäraffectes — der Patient bekam mehrere Geschwüre an dem Genitale, die indurirten — verstreut über den ganzen Körper Rupiabildung, sowie vier fast symmetrische Gummen in den Muskeln der Kopfschwarte aufgetreten waren. Ein fünftes bildete sich am Dorsum penis, ein sechstes einige Wochen später an dem Präputium, wo es durch Vereiterung eine Perforation erzeugte. Später vereiterten noch zwei andere Gummen. Powell knüpft an diesen Fall die Bemerkung, dass die Malignität der Lues wohl nicht von der verschiedenen Beschaffenheit des Virus abhängen könne, da die Person, von welcher der betreffende Kranke sich inficirt hatte, nur geringe luetische Erscheinungen hatte und sich sonst des vollkommensten Wohlbefindens erfreute. Wahrscheinlicher sei, dass die Menge des Virus in Betracht komme. In obigem Falle scheint eben diese Menge eine besonders grosse gewesen zu sein, was Powell aus dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer Schankergeschwüre schliessen zu dürfen glaubt. Schliesslich kommt in Hinsicht auf den malignen Verlauf der Lues noch die Widerstandsfähigkeit des Organismus in Betracht, die auch thatsächlich in dem erwähnten Falle durch Alkoholismus, sowie durchgemachte Gicht und Malaria ganz besonders geschwächt erschien. Robert Herz (Prag).

Runeberg, J. W. Ueber den Einfluss der Syphilis auf die Sterblichkeit unter den Versicherten. Dtsch. Med. Woch. 1900. 18—20.

Zum Gegenstand seiner Untersuchung machte Runeberg die bei der Versicherungsgesellschaft Kaleva in den Jahren 1875—1897 vorgekommenen Todesfälle. Als Material dienten hauptsächlich die Todesatteste und die Antragspapiere. Die Totalsumme der Todesfälle betrug 734. Von diesen waren 84, somit 11·4% an Krankheiten gestorben, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die frühere syphilitische Infection zurückgeführt werden müssen. Während derselben Zeit waren an tuberculösen Krankheiten gestorben 21·3% und an Lungenentzündung 10%. Das durchschnittliche Alter, in welchem der Tod eintrat, betrug 43·4 Jahre. Im Durchschnitt betrug die zwischen der Infection und dem Tode verstrichene Zeit 20·2 Jahre. Die Zeitdauer von dem Abschluss der Versicherung bis zum Tode betrug im Durchschnitt 8·1 Jahre. Daher räth Runeberg, niemand während der ersten 2 bis 3 Jahre nach der Infection zur Versicherung anzunehmen, besonders mit Rücksicht auf die während der ersten Jahre verhältnissmässig oft auftretenden Gehirnaffectionen. Ebenso dürfte es angezeigt sein, einer Person, welche wenn auch nur vorübergehend Symptome von Gefässsyphilis, sei es im Bereich des Nervensystems oder am Herzen dargeboten hat, die Versicherung zu verweigern. Im Allgemeinen jedoch darf eine durchgemachte Syphilis eine Versicherung nicht ausschliessen, wohl aber eine grössere oder geringere Erhöhung der Versicherungsprämie bedingen. Die Beschaffenheit und die Vollständig-



keit der dem Pat. angediehenen Behandlung dürfte in Bezug auf späteres Auftreten lebensgefährlicher Formen der Krankheit von recht grosser Bedeutung sein. Max Joseph (Berlin).

Scarenzio, Angelo. Il valore diagnostico delle injezioni intramuscolari di Calomelano. Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle XXXIII, 53.

Scarenzio erweist den diagnostischen Werth von intramuscularen Calomelinjectionen an 27 Fällen, die theils von ihm selbst beobachtet wurden, theils den Publicationen anderer Autoren, als: Fournier, Jullien, Nicolich etc. entnommen sind. Es handelte sich um Fälle, bei denen Syphilis vorher überhaupt nicht beobachtet worden war und die augenblicklichen Erscheinungen die Stellung einer sicheren Diagnose nicht zuliessen, oder um Fälle, bei denen eine von der Syphilis verschiedene Diagnose gestellt worden war, welche die Vornahme einer Operation bedingt hätte. Die meisten der Fälle zeigten Tumoren der Zunge, ferner Adenome, Ostitiden und Periostitiden, als Carcinom diagnosticirte Lippentumoren, Gaumengeschwüre, Hautausschläge. S., welcher den Calomelinjectionen eine energischere Wirksamkeit zuschreibt als anderen unlöslichen Quecksilberpräparaten, schliesst seine Arbeit mit den Jullien'schen Sätzen: „1. Die Diagnose der Syphilis wird auf therapeutischem Wege durch eine Calomelinjection in acht Tagen festgestellt. 2. In Fällen ohne Erfolg bildet diese Injection kein Hinderniss für die vorzunehmende Operation", und fügt selbst noch den dritten Satz hinzu: die zum Zwecke der Diagnose und Therapie verabreichte Calomelinjection hat nicht nur bei der Syphilis Erfolg, sondern auch, wenn auch nicht in gleich energischer Weise, bei den Erscheinungen der Scrophulose (Lupus).

Th. Spietschka (Brünn).

Szligoon. Bemerkungen zur Aetiologie der tertiären Syphilis nach Fournier. Allg. Medic. Ctrl.-Ztg. 5. 1900.

Bekanntlich sucht Fournier die Ursache für die Entstehung der tertiären Syphilis in dem Syphilisgift an sich, d. h. dessen grösserer oder geringerer Bösartigkeit, ferner in der Disposition, der Lebensweise des Syphilitikers, vor allem in der mangelhaften mercuriellen Behandlung während der ersten Jahre des Bestehens der Syphilis. Fournier sucht diese seine Annahme durch ein grosses statistisches Zahlenmaterial zu stützen, Szligsoon greift die Beweiskraft der Zahlen an und behauptet, durch andere Gruppirung der Fournier'schen Zahlen zum entgegengesetzten Resultat zu kommen. S. bekennt sich als Gegner der potrahirten Hg-Behandlung, es solle nur dann behandelt werden, wenn manifeste Symptome vorhanden sind. Für die Entstehung schwerer tertiärer Syphilisformen sei die protrahirte Behandlung eine Hauptquelle.

Stein (Görlitz).

Anselson, S. Syphilis des Herzens. Woenno-medicin. Journal 1900, Nr. 2.

Nach einer historisch-literarischen Einleitung bespricht Verf. die pathologische Anatomie, den Verlauf, die Prognose und Therapie der



Herzsyphilis. Autor empfiehlt eine combinirte Jodquecksilberbehandlung, das Quecksilber in Form der Einreibungen oder als intramusculäre Calomelinjection. Zum Schluss berichtet Verf. über 2 von ihm beobachtete Fälle von Syphilis des Herzens. Im ersten Falle acquirirte die 36 Jahre alte Patientin nach 6jähriger Ehe Lues, machte Einreibungs- und Injectionscuren durch und hatte in den letzten Jahren von ihrer Krankheit nicht mehr zu leiden. Vor etwa 2 Jahren bekam Patientin nach stärkerem Gemüthsaffect eine Art Angina pectoris, die sich seit dem mehrfach wiederholte. Später gesellten sich Dyspnoe, Kopfschmerzen und grosse Mattigkeit hinzu. Die schwächliche, anämische Patientin wies an beiden Schienbeinen isolirte Narben, am rechten ausserdem ein gummöses Geschwür auf; Lymphdrüsen vergrössert. Herz deutlich vergrössert, Töne rein, über den Lungen leichte katarrhalische Erscheinungen. Leber ein wenig vergrössert. Athmung beschleunigt, 48 in der Minute, Puls 110, klein, regelmässig. Oedem der Unterschenkel. Urin Zucker- und Eiweissfrei. In Anbetracht der Anamnese wurde Jodkali in steigender Dosis verordnet, das Resultat war ein überaus befriedigendes: das Oedem liess bald nach, die Athmung ging auf 26, der Puls auf 86—90 zurück, Kopfschmerzen schwanden, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Nachträglich bekam Patientin 10 Calomelinjectionen. Verf. sah die Kranke ein Jahr später: das Herz war wie früher vergrössert, Puls 78, Athmung 28, keine Kopfschmerzen, keine Anfälle von Angina pectoris.

Der zweite Fall betrifft einen 48jährigen Officier, der im Jahre 1877 ein Ulcus durum hatte. Die subjectiven wie objectiven Symptome waren fast genau die gleichen wie im ersten Falle. Auch hier brachte eine specifische Cur die 60 Athemzüge pro Minute auf 28, die 120 Pulsschläge auf 80—90 zurück. Ein Jahr später starb Patient.

S. Prissmann (Libau).

Karvonen, J. J. Die Nierensyphilis. Dermatol. Zeitschrift. Bd. V, 1898.

Die Erkrankung ist recht selten, wird noch seltener in vivo diagnosticirt, doch meint Verf., dass beim Tode ein Viertel oder sogar die Hälfte aller Syphilitiker nierenkrank sei; zum Beweise führt er einige Sectionsstatistiken an. Zur Diagnose Nierensyphilis berechtigt hauptsächlich das Auftreten von manifesten Lues-Symptomen, mit dem Auftreten der Nierenerkrankung, sowie die Rückbildung derselben bei Anwendung specifischer Mittel. Fritz Porges (Prag).

Lassar, O. Ueber Alopecia syphilitica. Dermatol. Zeitschr. Bd. V. 1898.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose zwischen Alopecia areata und Alopecia syphilitica. Für A. syphil. ist besonders charakteristisch das gleichzeitige Auftreten zahlreicher kleiner Inseln. L. hebt weiter die Schädlichkeit des Quecksilbers hervor und empfiehlt gründliche Haarpflege während der Inunctionscur, analog der Mundpflege.

Fritz Porges (Prag).



Simon, Eugen. Combination von Syphilis und Tuberculose in der Leber. Inaug.-Diss. Würzburg 1897.

Es handelt sich in der Mittheilung Simon's um ein 11 Wochen altes Kind, bei dem klinisch keine Syphilis constatirt werden konnte, dessen 5/4 Jahre älteres Brüderchen aber deutliche Syphilis-Eruptionen hatte, die auch unter einer Schmiercur heilten. Bei der Section des jüngeren Kindes wurden Tumoren in der Leber gefunden, ausserdem Osteochondritis syphilitica. Die Tumoren waren über die ganze Leber vertheilt und bestanden in weissen, narbigen Knoten runder und zackiger Form von Stecknadelkopf- bis Haselnussgrösse. Mikroskopisch erwiesen sie sich als bindegewebige Schwielen. In diesem schwieligen Gewebe lagen in Form kleiner Knötchen eingesprengt reichliche Herde, deren ganzes Aussehen und histologischer Bau sie als miliare Tuberkel erkennen liessen. Tuberkelbacillen wurden zwar in ihnen nicht gefunden, aber die bei der Tuberkelbacillenfärbung sich ebenfalls in typischer Weise tingirenden Körnchenreihen und kurzen Stäbchen, die man in alten tuberculösen Käseherden so häufig findet und von vielen von jeher als gewisse Dauerformen des Tuberkelbacillus angesehen werden.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Mueller, Julius. Kryptogene Syphilis (Syphilis d'emblée). Dermatol. Zeitschr. Bd. V, 1898.

Nach Uebersicht der einschlägigen Literatur theilt der Verfasser die Krankengeschichten zweier Fälle mit, wo trotz genauester Beobachtung vom Tage der Infection an, kein Primäraffect nachweisbar war und sich nach typischer Incubationszeit secundäre Symptome von Syphilis zeigten. Er nimmt an, dass in solchen Fällen makroskopisch unsichtbare Läsionen des Epithels die Eingangspforte des Virus bilden.

Fritz Porges (Prag).

Tommasoli. Il Sifilismo. Conferenz a tenuta a Recanti il. 17 settembre 1898, nell occasioue del VII Congresso medico marchigiano. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle XXXIII, pag. 547.

Tommasoli spricht nach eingehender Darlegung der verschiedenen Ansichten über die tertiäre Syphilis und unter besonderer Betonung der tiefgreifenden Unterschiede zwischen der primären und secundären Periode einerseits, und der tertiären Periode andererseits, seine Ansicht dahin aus, dass die tertiäre Syphilis gar keine eigentliche Syphilis mehr und überhaupt keine Infectionskrankheit sei, sondern eine postsyphilitische Diathese, hervorgerufen durch eine von der Syphilis bedingte Autointoxication, für welche er den Namen Syphilismus vorschlägt.

Th. Spietschka (Brünn).

Campbell, Williams. Congenital Syphilis: A new theory. (British Journal of Dermatology, 1899.)

Die Thatsache, dass bei anscheinend gesund geborenen Kindern syphilitischer Mütter die Symptome der Lues häufig erst einige Wochen, Monaten, ja mitunter Jahren nach der Geburt manifest werden, sucht C. auf die Weise zu erklären, dass er annimmt, das Kind werde in utero mit



„Antitoxien" versehen, die, solange sie im kindlichen Körper sich befinden, den Ausbruch der Syphilis verhindern könnten. Ihre Kraft dauerte jedoch im extrauterinen Leben nicht lange an und mit dem Erlöschen derselben sei das Auftreten syphilitischer Symptome verknüpft. Es erscheint dem Verfasser wahrscheinlich, dass der mütterliche Organismus diese Antitoxine erzeuge und sie auf dem Wege der Blutbahn dem Kinde zuführe, da nach der Geburt die kindlichen Gewebe — wenn nicht durch die Behandlung unterstützt, das Auftreten syphilitischer Symptome nicht hindern können. In Analogie hiezu sucht der Autor auch die Thatsache zu bringen, dass bei mehreren von demselben Weibe fast gleichzeitig inficirten Männern die Syphilis zumeist in verschiedenem Grade auftrete, indem auch hier durch die von den Geweben der inficirten Individuen ausgehenden Kräfte die Krankheit in verschiedener Intensität sich entwickle. Robert Herz (Prag).

Ogilvie, George. Congenital immunity to Syphilis and the so-called „Law of Profeta". (British Journal of Dermatology 1899.)

Nach eingehendem Studium der für diese Frage wichtigsten Fälle in der Literatur kommt Ogilvie zu einer Reihe von Schlüssen, die sich etwa folgendermassen zusammenfassen lassen:

Es bestehen keine beweisenden Thatsachen dafür, dass bei Syphilis eines zur Zeit der Zeugung syphilitischen oder in Folge durchgemachter Lues bereits für dieselbe immunen Vaters eine partielle oder complete Immunität auf den Sprössling übertragen wird; ebenso nicht dafür, dass dies bei Syphilis einer zur Zeit der Zeugung tertiär syphilitischen oder gleichfalls bereits immunen Mutter der Fall sein sollte. Sicher ist es, dass Fälle beobachtet wurden, in welchen bei postconceptioneller Syphilis der Mutter dieselbe, wenn auch selten auf das Kind übertragen wurde. Postconceptionelle Syphilis der Mutter scheint nach Verfasser überhaupt selten zu sein und in einem solchen Falle ist ins Auge zu fassen, dass acquirirte Syphilis des Kindes, wenn dasselbe erst nach dem zweiten Lebensmonate luetische Symptome zeigt, schon deshalb für congenitale Syphilis gehalten werden kann, weil die Infection der Mutter in die Zeit vor der Entbindung zurückdatirt. Bei präconceptioneller Lues der Mutter ist in dieser Hinsicht nur bekannt, dass es zu den Ausnahmen gehört, dass Mütter, die trotz präconceptionell acquirirter Lues scheinbar gesunde Kinder gebären, anschliessend an die Entbindung syphilitische Erscheinungen zeigten, von welchen die Syphilis des Kindes herstammen könnten, ferner, dass eine durch Säugung bedingte Infection des Kindes ebenso ausnahmsweise vorkommt, falls bereits ein Jahr nach der Infection der Mutter verflossen ist.

Endlich scheint die Immunität, die trotz bestehender Secundärerscheinungen der Mutter dem Kinde in utero zukommt, nach Ansicht des Verfassers weder constant noch dauernd zu sein.

Robert Herz (Prag).



Werler. Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel. (Dermatol. Zeitschr., Bd. VI, 1899.)

Werler verwendet das Hydrargyrum colloidale u. zw. als Unguentum H. c. zur Inunctionscur, als Collemplastrum H. c. als locales Mittel, als Pilulae H. c. zu innerlichem Gebrauche, als Solutio H. c. zu Pinselungen luetischer Schleimhautaffectionen, als H. c. pulveratum zum Bestreuen von Condylomen am Genitale. An der Hand von 30 kurzen Krankengeschichten beschreibt Verf. den schnellen Heilungsverlauf bei Anwendung des Präparates. Fritz Porges (Prag).

Hopf, F. E. Die Verwendbarkeit des Hygrols (Hydrargyrum colloidale) in der Syphilistherapie. Dermatol. Zeitschr. Bd. V, 1898.

Das Hygrol wurde subcutan und als Salbe verwendet. Die Erfolge waren keine ermunternden, indem die Injectionen auch in sehr geringen Dosen (0·0075) sehr schmerzhaft waren, Schüttelfrost und Stomatitis bewirkten, und deshalb unbrauchbar waren, während das H. in Salbenform der grauen Salbe an Wirkung nicht gleichkam. Fritz Porges (Prag).

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Batut. Phlébite blennorrhagique, gangrène partielle du gland, du corps caverneux et de l'uréthre. Gaz. hebdom. de med. et de chir. 1900. pag. 640.

Batut beobachtete folgenden interessanten Fall: Der Patient hatte seit 18 Monaten einen — allmälig chronisch gewordenen — Tripper. Gonococcen nicht mehr nachweisbar. Vor 2 Monaten Schmerzen in beiden Kniegelenken, plötzliche Phlebitis des rechten Oberschenkels. 8 Tage später beginnende Gangrän des Penis, die sich bald über den vorderen Theil der Harnröhre und die Schwellkörper ausdehnte. Cystitis. Verf., dem der Kranke in diesem Zustand überwiesen wurde, konnte im Eiter, der sich bei Herausnahme eines früher in die Urethra eingelegten Dauerkatheters in reichlicher Weise entleerte, typische Gonococcen nachweisen. Ebensolche fanden sich auch in der Blase. — Günstiger Verlauf Es handelte sich also um eine Embolie der corpora cavernosa von der gonorrhoischen Phlebitis aus. Verf. fand in der Literatur nur 2 ähnliche Fälle. (Richet und Voillemier.)

Er schliesst einen zweiten Fall an: Gonorrhoe, 14 Tage nach anscheinender Heilung: Epididymitis dextra, fu .iculitis; 4 Tage später Phlebitis an der Wade. Heilung. Victor Lion (Breslau).

Bezançon et Griffon. Culture du gonocoque sur le sang gélosé. Soc. de biolog. 23./VI. 1900. Gaz. hebdom. 1900. Nr. 53.

Bezançon und Griffon haben Gonococcen auf Blutgelatine gezüchtet und dieselbe als einen sehr brauchbaren Nährboden erkannt. Nach 24 Stunden entwickeln sich zahlreiche, ausgedehnte, flache, durchschei-



nende Colonien, die in demselben Röhrchen bis zu 6 Monaten virulent blieben. Victor Lion (Breslau).

Calmen. Die Diagnose und Behandlung der Gonorrhoe beim Weibe. (Dermatol. Zeitschr. Bd. VI. 1899.)

Calmen bespricht in ausführlicher Weise die Diagnose und Therapie bei gonorrhoischer Erkrankung der verschiedenen Sexualorgane des Weibes, und verlangt bei der Behandlung bes. der Prostituirten genaue bakteriologische Untersuchung des Secretes, deren negativen oder positiven Ausfall er für ein sicheres Criterium für die Infectiosität des Processes hält. Fritz Porges (Prag).

Colombini, P. Ricerche sulla bartolinite (Untersuchungen über die Bartholinitis). (Arch. Ital. di Ginecol. 31. December 1899.)

Auf Grund von 17 Fällen von Bartholinitis kommt Colombini zu dem Schlusse, dass zumeist Gonorrhoe Ursache derselben ist. Der Gonococcusbefund ist nicht constant und, wenn positiv, sind auch Staphylococcen vorhanden. Letztere finden sich regelmässig auch in den nicht gonorrhoischen Fällen. Die histologische Untersuchung ergibt eine perikanaliculäre kleinzellige Infiltration, eine abnorme Proliferation des Epithels der Ausführungsgänge und schliesslich die Bildung von kleinen Abscessen um die Drüsengänge. L. Philippson (Palermo).

Colombini, Pio. Un caso di stomatite gonococcina. (Rif Med. 1900. 14. 16. 17. April und Gazetta degli Ospedali e delle cliniche. 1900. Nr. 51. pag. 544.)

Colombini hat bei einer 42jährigen Prostituirten eine Stomatitis beobachtet, die durch den Gonococcus hervorgerufen war. Da diese Person eingestand, sehr häufig den Coitus ab ore ausgeführt zu haben, so war schon vor dem positiven bakterioskopischen Befunde von Coccen dieser Ursprung sehr wahrscheinlich. Die Zunge war stark geröthet und geschwollen, ebenso wie die gesammte Schleimhaut des Mundes und der Lippen. Ausserdem sah man hier und da rundliche Herde von weisslicher Farbe, in denen das Epithel gequollen und von Eiter durchsetzt war. Aus den Mündungen der Speicheldrüsen am Mundboden quoll ein Eitertröpfchen hervor. Die Kranke beklagte sich über Schmerzen, es bestand starker Foetor ex ore, Salivation und die submaxillaren Lymphdrüsen waren leicht geschwollen und schmerzhaft. In dem Eiter und in den abgekratzten Partien des eitrigen Epithels fanden sich ausser anderen Mikroorganismen auch typische intracelluläre Gonococcen. Bepinselung mit $^1/_2$% Höllensteinlösung und Ausspülungen mit 1‰ übermangansaurem Kalium führten in 8 Tagen die Heilung herbei.

L. Philippson (Palermo).

Cumston, Charles Grane. General Remarks on the Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra. New-York Med. Journal LXXI. 669. Mai 5. 1900.

In einer „Post-Graduate"-Vorlesung definirt Cumston die Strictur als eine erworbene, dauernde Verengerung des Canals durch pathologische



Veränderungen seiner Wände. die zur Herabsetzung seiner Ausdehnbarkeit (caliber) führt; dieselbe ist also stets abhängig von irgend einem vorhergegangenen Krankheitsprocess. Nicht dazu gehörig sind die richtiger als angeborene Stenosis zu bezeichnenden, von Geburt vorhandenen Verengerungen sowie temporäre bes. entzündliche Schwellungen. Die häufigsten Ursachen sind die Gonorrhoe und Verletzungen; ausserdem mögen sexuelle Excesse bes. Masturbation und Reiz durch Harnconcremente, nicht aber übermässige Säure des Urins Veranlassung zur Stricturbildung geben. Die congenitalen Stenosen sind meist durch klappenartige Schleimhautfalten bedingt. Die durch Gonorrhoe verursachte Strictur zeigt ein Stadium der Exsudation oder entzündlichen Rundzelleninfiltration und der Bindegewebsneubildung, entweder auf die Schleimhaut selbst beschränkt, oder auf die umgebenden Weichtheile sich erstreckend oder im Zustand der Atrophie; wirkliches Narbengewebe findet sich nur bei den traumatischen Stricturen.

Als häufigster Sitz der Stricturen wird der Uebergang der pars. cavernos. in der p. memb. bezeichnet, dann die p. cavernosa, während die memb. nur selten, die prostatica nie befallen werde; mehrfache Stricturen seien selten.

Cumston bespricht ferner die Symptome, betreffend die Harn- und Samenentleerung, ferner die secundären Veränderungen an der Harnröhre, Blase und besonders den Nieren, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Während des Stadiums der Exsudation soll die Diagnose nur vermittels des Endoskopes möglich sein, in den späteren Stadien genügen Palpation von aussen und Sonden.

Als einzige Wege der Behandlung werden Dilatation mit Sonden, interne und äussere Urethrotomie bezeichnet. Besonders neue Gesichtspunkte betreffend diese Verfahrungsweisen enthält der Artikel nicht; Einzelheiten in der Ausführung eignen sich nicht für ein Referat. Zum Schluss werden die Mittel zur Verhinderung der Infection behandelt.

H. G. Klotz (New-York).

Emmery et Glautenay. Rheumatisme blenorrhagique polyarticulaire de la main. Radiographie. Intégrité du système osseux, périostique et Cartiginaleux. Annales 1898. Soc. de la dermat. et Syphiligr. 18 Avril.

In einem Falle von gonorrhoischer Polyarthritis, indem nur die Interphalangealgelenke beider Hände betroffen waren, eine Affection, welche Fournier als pathognomonisch unter dem Namen „doigte en radis" beschreibt, ergab die Röntgendurchleuchtung der Gelenke vollständige Intactheit der Gelenkflächen, Knochenenden, des Secrets und des Knorpels. Die Infiltration betrifft also nur das periarticuläre Zellgewebe.

M. M. Jaques, Balzer, Moty glauben, dass die Radiographie nicht gestattet, einen pathologischen Knochenprocess im Beginne auszuschliessen, denn das neugebildete, junge Knochengewebe ist für Röntgenstrahlen durchlässig.

R. Fischel (Bad Hall).



Fermi, Claudio. Cura e profilassi della gonorrea. (Soc. medica-fisica universitaria — Sassari — seduta. 10. Febr. 1900 — Ref. Gazz. degli Ospedali e delle cliniche 18 Febr. 1900.)

Fermi zielt darauf ab, eine Trippercur festzustellen, die wirksam, kurzdauerd und nicht schmerzhaft ist, die auf die Arbeit zu gehen und das Trinken in mässigem Grade erlaubt, die der Kranke selbst bequem und geheim, ausserhalb des Hauses und bei der Arbeit vornehmen kann und die schliesslich keine grossen Kosten verursacht, so dass die Mittel dazu von den Gemeinden gratis geliefert werden können. Eine solche Cur hat aus 2 Theilen zu bestehen: 1. aus Waschungen der Harnröhre, um die Gonococcen und ihre Toxine zu entfernen und 2. aus Antiphlogose, die zugleich die Harnröhre gegen die Toxine resistent macht. Für die Waschungen dient eine Birne, ganz aus Gummi, die 100—200 Cbct. der zu injicirenden Flüssigkeit, wie Höllenstein 1:4—5000, Protargol 1:500, Ichthyol 1—2%, enthält. Nachdem die Spitze der Birne in die Harnröhre eingeführt ist, wird abwechselnd gedrückt und losgelassen, so dass in 5 Minuten circa 100 Waschungen gemacht werden können. Auf diese Weise hat der Kranke in der gefüllten Birne zugleich das Medicament, das ihm für 3malige Waschungen im Laufe des Tages dient. Gefahr, dass mit dem bereits einmal gebrauchten Waschwasser die Gonococcen bei folgenden Waschungen in die tiefere Harnröhre gespritzt werden, ist nicht vorhanden. — Für den zweiten Theil der Behandlung dient die Einwicklung des Gliedes in zwei Binden, eine von Gaze und die andere von Leinwand, die 3 Mal am Tage mit Wasser angefeuchtet werden. — Die Wirkungen dieser Methode sind folgende: Temperaturerniedrigung des Gliedes um 23—26 Centigrade — Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen — die Injectionen können schon im Beginne des acuten Trippers gemacht werden — die Injectionen, auch wenn sie ein wenig reizen, werden gut vertragen — diese Methode ist ein wirksames Prophylaktikum gegen die Urethritis posterior und andere Complicationen (Balanoposthitis, Folliculitis, periurethrale Abscesse, Prostatitis, Epididymitis). L. Philippson (Palermo).

Fürst. Zur Larginbehandlung der Gonorrhoea muliebris. (Dermatol. Zeitschr. Bd. V. 1899.)

Das Largin ist eine Silberverbindung in Wasser und Glycerin leicht löslich. Es wurden 11 Fälle von Gonorrhoe, 2 Fälle von Endometritis, 6 von Cervix-Catarrh, 2 von Vulvo-Urethritis und 1 von Urethro-Cystitis behandelt. Zur Spülung der Cervixschleimhaut benützt Verfasser eine ½-1% Lösung, zu Scheidenausspülung eine 5%, für die Urethra 2% Largin-Schmelzbougies, für die Blase eine 1% Lösung. Der Verfasser war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Auch bei der Ophthalmogonorrhoe bewährte sich das Mittel. In 3 Fällen (2 Fälle Ulcus ventriculi, 1 Fall von hämorrhagischer Erosion des Dünndarmes) wurden Larginpillen 0·5 pro dosi verwendet, und glaubte Verfasser schnellere Regeneration der Schleimhaut constatiren zu können. Fritz Porges (Prag).



Guilloz, M. Th. Knochenerkrankungen bei gonorrhoischem Rheumatismus. Gazette hebdomadaire 1900.

M. Th. Guilloz zeigt zwei Röntgenaufnahmen von zwei Patienten, die an gonorrhoischem Rheumatismus erkrankt waren. Bei dem einen war eine Hand, bei dem andern ein Fussrücken erkrankt. Die anderen Glieder waren gesund.

Der erste Patient war wieder vollständig geheilt; denn er hatte keine Schmerzen, und die sämmtlichen Gelenke hatten ihre Beweglichkeit wieder erlangt. Bei dem anderen Pat. zeigte sich noch eine gewisse Gelenksteifigkeit in Folge des Schmerzes bei ausgiebiger Bewegung.

Diese Röntgenaufnahmen zeigen deutlich eine Erkrankung der befallenen Handknochen, charakteristisch durch eine Transparenz der Finger und Mittelhandknochen. Diese erhöhte Transparenz ist nicht bei allen Knochen gleich, selbst nicht bei einem einzelnen Knochen, in dessen Verlaufe ein mehr oder weniger deutlicher Unterschied zu bemerken ist. Vielleicht besteht ein Zusammenhang mit den Erkrankungen, wie sie Haushalter, Spillmann, Roger und Josué bei gewissen Infectionskrankheiten im Knochenmark constatirt haben. Die Röntgenaufnahme zeigt eine Verminderung der Mineralsalze im Knochen. Interessant wäre der Nachweis, ob die Verminderungen qualitativ oder quantitativ sind. Die Bestimmung der Dichtigkeit des Knochens und sein Gehalt an Mineralsalzen würde diese Frage leicht aufklären. Plönnigs.

Hahn, L. Ueber den Werth des Oleum Salosantali für die interne Behandlung der Harnkrankheiten. (Dermatol. Zeitschr. 1899, Bd. VI.)

Der Verfasser hat über 300 Fälle mit dem genannten Präparate behandelt. Es wurde in Kapseln à 0·5 1—5 täglich oder 3mal täglich 10—15 Tropfen gegeben, in allen Fällen gut vertragen. In wenigen Tagen schwand der Ausfluss und die Schmerzen beim Uriniren in vielen Fällen trat nach 2—3wöchentlichem Gebrauche Heilung (!) ein. Cystitiden heilten (!) in 4—5 Wochen vollkommen. Fritz Porges (Prag).

Haïdoutoff, A. Essai comparatif sur le traitement de la blennorrhagie par les lavages uritraux-vésicaux an Protargol et an Nitrate d'Argent. Thèse de Paris 1898, Nr. 327. 94 Seiten.

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass das Protargol bei ungefähr gleicher antigonorrhoischer Kraft wie das Argent. nitr. von diesem sich vortheilhaft dadurch auszeichnet, dass es sehr wenig reizt, nicht leicht Niederschläge gibt, sich in gewöhnlichem Wasser löst, und keine Flecken auf Hände u. s. w. verursacht. Kuznitzky (Köln).

Iwanoff. Beitrag zur Frage von den Gonorrhoecomplicationen. Wojenno med. Journ. Nr. 6, ref. nach Baumgarten 1898.

Iwanoff fand bei einem, unter dem Bilde einer gonorrhoischen Endocarditis zum Exitus gekommenen Fall einen kleinen Abscess in der Wand des linken Ventrikels und ebenso einen Abscess in der Marksubstanz einer Niere. In beiden Abscessen fanden sich Diplococcen, die sich



mikroskopisch wie Gonococcen verhielten. Es ist schade, dass die bakteriologische Untersuchung nicht nach allen Richtungen vollständig erschöpft wurde. Fabry (Dortmund).

Kucharzewski. Un cas de blennorrhagie compliquée de rheumatisme, de troubles nerveux et d'irido-cyclite. Le progr. med. 4. 1900.

Kucharzewski veröffentlicht die Krankengeschichte eines Gonorrhoikers, die ihm dadurch interessant erscheint, dass zu gleicher Zeit drei gonorrhoische Complicationen auftraten, eine arthritis gonorrhoica der Knie- und Handgelenke, eine Iridocyclitis und eine nervöse Affection: Kribeln, vage Schmerzen, Hyperästhesie der unteren Extremitäten, welche Verf. als Polyneuritis deutet. Der Verlauf der Krankheit war ein guter, unter Salzbädern, Jodkali, Atropin, Blutentziehungen trat völlige Heilung ein. Stein (Görlitz).

Mantegazza, Umberlo. Colture di Gonococchi da un caso di proctite blenorragica e da un caso di ascesso periuretrale. La Sellimana medica LII, Nr. 32, 373.

Mantegazza beschreibt einen Fall von Proctitis gonorrhoica, bei welcher es zur Bildung zahlreicher kleiner periproctitischer Abscesse, wahrscheinlich von den zahlreichen Schleimdrüsen ausgehend, gekommen war, und einen Fall von Proctitis gonorrhoica bei einem Manne, ferner einen Fall von periurethralem Abscess; bei den beiden letzteren wurden die Gonococcen auch durch die Cultur nachgewiesen. Beim letzten Falle fanden sich keine anderen Mikroorganismen vor.

Th. Spietschka (Brünn).

Nicolino, F. Studio sull' idrocele. (Riforma Medica 1900 24.—28. Febr.)

Verf bespricht die Pathologie und Therapie der Hydrocele und berichtet über 20 eigene Fälle, die er an der Klinik von Prof. Roth beobachtet hat. Die bevorzugte Operationsmethode ist diejenige von Hüter, auf welche einfache Irrigationen mit Borwasser mittels des Drainrohrs folgen. Die durchschnittliche Heilungsdauer ist 20 Tage.

L. Philippson (Palermo).

Oefele. Gonorrhoe, 1850 v. Ch. G. Monatsh. für praktische Dermat. Bd. 29.

Aus dem Papyrus Brugsch's, Spalte 16—19, schliesst Verfasser auf die Kenntniss der Gonorrhoe und deren grosse Häufigkeit bei den alten Aegyptern, was besonders aus der grossen Zahl der in diesen Papyrus gegen Gonorrhoe empfohlenen Recepte erhellt.

Ludwig Waelsch (Prag).

Oefele. Zum conträren Geschlechtsverkehr in Altägypten. Monatsh. p. prakt. Dermat., Bd. 29.

Das Fragment eines Papyrus, das aus der Zeit vor 1860 v Chr. stammen dürfte und eine Erzählung von Horus und Set enthält, lässt nach Verf. erschliessen, dass die Paederastie vor 3500 Jahren im alten Aegypten sehr verbreitet war, was sich daraus ergibt, dass dieselbe sogar



den Göttern in ihrem gegenseitigen Verkehre zugeschrieben wurde. Sie muss demnach als uralter Gebrauch betrachtet werden.

Ludwig Waelsch (Prag).

Ostertag, Theodor. Ueber die Behandlung der männlichen Gonorrhoe mit Antiparasiticis, speciell mit Argonin. Inaug.-Diss. München 1898.

Ostertag kommt auf Grund seiner Beobachtungen an 20 Krankheitsfällen, 8 acuten und 12 subacuten, resp. chronischen, zu folgenden Schlüssen:

1. Das Argonin vernichtet die Gonococcen rasch schon in 2—3%igen Lösungen.

2. Nur bei acuter Gonorrhoe hat es diesen Erfolg sicher und vollkommen.

3. Wirkt es ausnahmsweise in einem acuten Falle nicht rasch, so ist von seinem fortgesetzten Gebrauche kein grosser Nutzen zu erhoffen.

4. Es kann in der Regel schon beim Beginn des Trippers angewandt werden, weil es reizlos ist.

5. Es beschränkt die Secretion nur indirect, daher müssen bei Fortdauer derselben wirkliche Adstringentien an seine Stelle treten.

6. Da die Thätigkeit des Gonococcus unmöglich gemacht wird durch das Argonin, so beschleunigt und bedingt es die Heilung der Gonorrhoe. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Panichi, R. Il Protargol nella cura della blenorragia. La Settimana medica. LIII. (22. April 1899.) Nr. 16, pag. 181.

Panichi behandelte 103 Fälle von Gonorrhoe (93 Männer, 10 Weiber) mit Protargol. Die Urethritis anterior nach der Neisser-schen Methode mit der Spritze, in der Regel ½—2%; die Urethritis post. mittels der Guyon'schen Spritze mit bis 5% Lösungen; einige Fälle auch mit Irrigationen mittels der Majocchi'schen Canüle. Die Erfolge waren sehr günstig, nur einzelne Misserfolge; wenn auch das Protargol nicht die Panacee gegen die Gonorrhoe bildet, so ist es doch eine werthvolle Bereicherung unseres Heilmittelschatzes.

Th. Spietschka (Brünn).

Panichi, Rodolfo. Sopra cinquanta casi di Blenorragia infantile muliebre. La Settimana medica LII, Nr. 25, pag. 289.

Panichi berichtet über 50 Fälle von gonorrhoischer Vaginitis oder Urethritis bei Mädchen bis zum Alter von 11 Jahren, welche in einem Zeitraume von 11 Jahren an Pellizzari's Klinik zur Beobachtung kamen. Sie machen mehr als ein Drittheil sämmtlicher daselbst in dieser Zeit beobachteter Fälle von Gonorrhoe beim weiblichen Geschlechte aus. Bei 31 Fällen konnte man sich eine Idee über die Art der Uebertragung der Gonorrhoe machen; 8mal geschah sie durch versuchten Beischlaf; 23mal wohl zufällig von erkrankten Familienmitgliedern oder Mitwohnenden. Bei vier weiteren Fällen konnte nur der Verdacht einer derartigen



Uebertragung erhoben werden. Von Complicationen wurde zweimal Bartholinitis und dreimal Conjunctivitis beobachtet.

Th. Spietschka (Brünn).

Panichi, Rodolfo. Due casi di gonococcemia. La Settimana medica LIII, Nr. 34, pag. 397.

Panichi veröffentlicht aus Pellizzari's Klinik zwei Fälle von Gonorrhoe, bei denen durch die Cultur Gonococcen im Blute nachgewiesen werden konnten. Bei dem ersten bestand die Urethritis seit drei Monaten; nachdem nach sechswöchentlichem Aufenthalte in der Klinik eine bedeutende Besserung eingetreten war, entstand plötzlich eine starke Verschlechterung der Urethritis und gleichzeitig trat eine bedeutende Anschwellung beider Kniegelenke ein, die bereits früher bestanden hatte, aber wieder abgelaufen war; nach dieser unvermittelten Steigerung der Krankheitserscheinungen wurden die Culturen vom Blute angelegt. Beim zweiten Falle hatte bereits vor 1½ Jahren Gonorrhoe bestanden, welche zur Schwellung des rechten Knie- und des linken Fussgelenkes geführt hatte. Ein Jahr später acquirirte der Patient abermals eine Gonorrhoe, welche wiederum die Entzündung derselben Gelenke zur Folge hatte. Unter tiefen Protargolinjectionen und Bettruhe besserten sich die Erscheinungen so, dass der Patient, allerdings gegen den Rath der Aerzte, das Bett verliess und sich mehr anstrengte; darauf hin entstand eine äusserst heftige Recidive der Urethritis und der Gelenkschwellungen mit Temperatursteigerungen bis zu 39°. In dem zu dieser Zeit abgenommenen Blute konnten gleichfalls durch die Cultur Gonococcen nachgewiesen werden.

Th. Spietschka (Brünn).

Peroni, G., **Piccardi,** G. Contributo alla cura della Blenorragia con l'Itrolo. Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle XXXIII, pag. 14.

Peroni und Piccardi berichten nach einer Einleitung, in welcher sie die Literatur über Itrol und seine Wirkungsweise behandeln, über 65 Fälle von Gonorrhoe aus dem Poliklinicum in Turin, die sie mit Itrol behandelt haben. Die Gonorrhoea anterior wurde mittels der gewöhnlichen Tripperspritze behandelt; bei acuten Fällen 0·25—0·5 : 2000; bei chronischen bis 0·1 : 2000 (da es sich in dieser Concentration nicht mehr löst, als Emulsion angewendet); täglich 2—4 Einspritzungen durch je 3—4 Minuten. Bei Urethritis posterior Irrigationen mittels der Doppelcanüle Majocchi's. Aus diesen Versuchen ziehen die Verfasser folgende Schlüsse: 1. Im Gegensatze zu anderen Substanzen kann das Itrol vom ersten Anbeginne der Gonorrhoe local verwendet werden, da es durchaus keine Reaction in den Geweben hervorruft, wohl aber eine bedeutende Verminderung der Entzündungserscheinungen bewirkt. 2. Wegen seiner Gonococcen tödtenden Eigenschaften und wegen des Vermögens auch in die tiefen Schichten des Gewebes einzudringen, ist seine Anwendung sowohl bei den acuten als auch bei den chronischen Formen der Gonorrhoe indicirt. 3. Die vortheilhafteste Anwendung des Mittels besteht in Irrigationen nach Majocchi bei der Urethritis anterior und nach Janet-



Majocchi bei der Urethritis posterior. Als Kriterium für die Heilung der Gonorrhoe galt das vollständige Verschwinden der Gonococcen bei mehrmaliger Untersuchung; dasselbe trat bei den acuten Fällen durchschnittlich nach 20—30, bei den chronischen Fällen nach 30—60 Tagen ein. Th. Spietschka (Brünn).

Reichel, Johann Wolfgang. Ueber Cervicalgonorrhoe. Inaug.-Diss. Strassburg 1897.

Bei 320 auf Cervicalgonorrhoe untersuchten Prostituirten und Dirnen fand Reichel in 52 Fällen Gonococcen. Von diesen 320 Fällen hatten 176 weder Bartholinitis noch Urethritis, aber achtmal Gonococcen im Cervix, von 21 Personen, die nur Bartholinitis hatten, litten 2 an Cervixgonorrhoe; von 103 Personen, bei welchen eine gonorrhoische Affection der Urethra vorlag, wurden 32mal Gonococcen im Cervicalsecret nachgewiesen und endlich von 20 Personen mit gonorrhoischer Urethritis und Bartholinitis fielen die Untersuchungen auf Gonococcen im Cervix 10mal positiv aus, also

	Cervixgonorrhoe
nihil	176 : 8 = 4·54%
B	21 : 2 = 9·52%
U	103 . 32 = 31·07%
U u. B	20 : 10 = 50%

Also Cervicalgonorrhoe ist am häufigsten, wenn gleichzeitig Urethritis und Bartholinitis besteht, d. h. die Infection eine recente ist.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Roth, Fr. Fall von Gonorrhoe bei einem 12jährigen Knaben. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 29.

Der Inhalt ist durch den Titel gegeben. Infectionsmodus nicht eruirbar.

Ludwig Waelsch (Prag).

Simons, Eugen. Ueber das Argentum-Casein (Argonin) und seine Anwendung bei Gonorrhoe. Inaug.-Diss. München 1897.

35 Fälle von Gonorrhoe mit Argonin behandelt, von denen 11 geheilt, 12 gebessert wurden, 4 ungeheilt geblieben sind. 5 Patienten entzogen sich der Behandlung theilweise wegen Auftretens beträchtlicher und schmerzhafter Reizerscheinungen. In 5 Fällen trat Heilung bei Anwendung des Argonins nach Janet'scher Methode ein.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Spiegelhauer. Zur Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis. Monatshefte f. prakt. Dermat. Nr. 30.

Empfehlung von heissen Umschlägen mit essigsaurer Thonerde, 3mal täglich zu wechseln. Innerlich 3 Gr. Natr. salicyl. pro die.

Ludwig Waelsch (Prag).

Kaufmann. Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica. Monatshefte f. prakt. Dermat. Bd. 30.

Kaufmann hat mit der Methode Wossidlo's, Umschläge mit heissem Wasser, die alle zwei Stunden frisch getränkt werden, sehr gute



Erfolge erzielt. Maceration des Scrotums tritt seltener auf als bei Verwendung heisser essigsaurer Thonerde, was er gegenüber Spiegelhauer (siehe oben) hervorhebt. Ludwig Waelsch (Prag).

Swinburne, G. K., New-York. Studie über die Behandlung der acuten Gonorrhoe. Journal of Cutaneous and Genito-Urinary diseases. März 1899.

Mit Rücksicht auf die noch immer bestehende Uneinigkeit in der Behandlung der acuten Gonorrhoe hat Swinburne das ihm zu Gebote stehende poliklinische Material, innerhalb dreier Monate, einer gründlichen Beobachtung unterzogen, welche zu folgenden Ergebnissen führte: Von den 105 Fällen, welche zur Beobachtung gelangten, kamen eigentlich nur 71 Fälle in Betracht, indem 34 Kranke sich der Behandlung frühzeitig entzogen haben. Es ergaben sich deutliche Differenzen sowohl in Bezug auf die Krankheitsdauer, als auch Intensität des Verlaufes; namentlich war bei Mitbetheiligung der Urethralfollikel die absolute Zerstörung der Gonococcen eine etwas schwierige. In den uncomplicirten Fällen jedoch war die rasche und endgiltige Elimination der Gonococcen auffallend. Die Behandlung bestand in einer täglich einmal vorgenommenen, gründlichen Irrigation der vorderen Harnröhre, mit einer heissen Lösung von Kal. hyperm. (1:4000); worauf in der Rückenlage mittelst einer kleinen Handspritze eine 2% Protargollösung bis zur mässigen Füllung eingespritzt und etwa 10 Minuten lang zurückgehalten wurde. Wenn der acute Process sich auch auf die hintere Harnröhre erstreckte, wurde, je nach dem Verhalten des Sphincter urethrae, bald eine Janet'sche Blasenirrigation, bald eine, mittelst sterilisirtem Nelatonkatheter ausgeführte, 2% Protargolinstillation (15·00) vorgenommen. Bei schwereren Fällen erwies sich die innerliche Verabreichung von Methylenblau und Borsäure als werthvoll. In keinem der so behandelten Fälle hat sich Epididymitis entwickelt. Verf. warnt vor der Empfehlung jedweder Selbstbehandlung der Patienten, da deren Resultate mit den Vorzügen einer zweckmässigen und individualisirenden Behandlung sich nicht vergleichen lassen. Auch warnt Verf. vor einer Garantie von Heilung oder einer Vorausbestimmung der zur Behandlung erforderlichen Zeitdauer. Beck (New-York).

Swinburne, G. K., New-York. Bericht eines Falles von sclerosirender Stenose des Meatus. Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Juli 1899.

Der Fall betraf einen 29jährigen robusten Russen, der mühselig und unter grossen Schmerzen seinen Urin entleerte, weil das orificium urethrae und der von der Glans umgebene Abschnitt der Urethra in eine derbe, knorpelharte Masse umgewandelt war und in Folge dessen die Oeffnung so sehr verengte, dass Bougie Nr. 6 bloss mit Mühe eingeführt werden konnte. Anamnestisch ergab sich, dass der Pat. vor 6 Jahren hinter der Corona glandis einen Schanker acquirirte, dem sich eine vereiternde Adenitis anschloss. Vor zwei Jahren soll Pat. auch gonorrhoisch inficirt worden sein. Der Zustand des Orificiums soll ohne vorausge-



gangener Geschwürsbildung oder irgendwelcher Reizung sich lang-am entwickelt haben und wurde vom Patienten seiner in der Jugend prakticirten Masturbation zugeschrieben. Mit Rücksicht auf die zweifelhafte Aetiologie des Zustandes und behufs Erleichterung der Beschwerden schritt Swinburne zur operativen Durchtrennung der sclerosirten unteren Urethralwand vor, welche mit geringer Blutung vor sich ging. Die Wunde wurde mittels täglicher Sondirung (Nr. 28) bis zur Heilung offen gehalten. Das Resultat erwies sich befriedigend und selbst nach Verlauf eines Jahres anhaltend, obschon der derbe fibröse Charakter des Gewebes sich nicht geändert hatte. Der Autor fasst den Zustand als eine fibröse Gewebsentartung auf, ähnlich den sclerotischen Plaques der Corpora cavernosa. Beck (New-York).

Veillon, A. Le Gonocoque. Annales 1898.

Vorzüglich orientirendes Referat über die Biologie des Gonococcus. R. Fischel (Bad Hall).

Walther, G. A. Des ruptures de l'urètre chez l'homme par bicyclette. Thèse de Paris 1898, Nr. 645, 43 Seiten, 4 Tafeln.

Bericht über 11 theils eigene, theils aus der Literatur aufgesuchte Beobachtungen von Verletzungen der Urethra, die sämmtlich bei Gelegenheit von Velocipedfahrten entstanden sind. Verf. theilt sie in leichtere Fälle ein, bei denen kein Sturz die Veranlassung abgab, sondern nur forcirtes Fahren auf schlechten Sätteln und schlechtem Terrain. Diese Verletzungen werden von den Patienten nur dadurch bemerkt, dass sich im Hemd ein paar Bluttropfen finden. Spontane Heilung. Die mittleren und schweren Fälle entstehen stets so, dass die Patienten rittlings auf irgend einen Theil ihres Rades fallen. An den mittleren Fällen ist die Harnröhre nicht vollständig zerquetscht, der Catheterismus gelingt, Verweilcatheter, Heilung. Die schweren Fälle sind dadurch charakterisirt, dass von vornherein vollständige, oder fast vollständige Harnverhaltung besteht, ferner eine complete Continuitätstrennung der Harnröhre, und dass sich Harninfiltration einstellt. In allen diesen Fällen ist Urethrotomia externa indicirt, wenn der Catheterismus nicht gelingt. Die Nachbehandlung hat in systematischer Dehnung zu bestehen. Die vier Tafeln bringen Abbildungen von Velocipedsatteln wie sie sein und wie sie nicht sein sollen. Kuznitzky (Köln).

Weber, L. Contribution à l'étude des Kystes vulvaires (Wolffiens). Thèse de Paris, 1898, Nr. 280. 188 Seiten, 3 Tafeln, ausführliche Literaturzusammenstellung.

Sehr eingehende Besprechung von 55 theilweise bereits publicirten Beobachtungen von Cysten der Vulva, die Verfasser eintheilt in Cysten der grossen, der kleinen Schamlippen, des Hymens, der Urethra und des Vestibulums und endlich in Cysten mit Flimmerepithel.

Kuznitzky (Köln).

Weidenhammer. Zur Tripperbehandlung. Monatsh. für prakt. Derm. Bd. 30.



Von einer 4%igen Kaliumpermanganatlösung lässt W. einen Theelöffel in ein 1/2 L. abgekochtes Wasser geben und davon Masseneinspritzungen machen. Zuerst 5mal 25 Einspritzungen täglich, nach 3—4 Tagen 5mal 20 u. s. w. bis 5mal täglich 1. Dazwischen Spülungen mit Argent. nitr. 0·1—0·5 : 1000 nach Janet. Ludwig Waelsch (Prag).

Zaharoff, A. Contribution à l'étude du Molluscum pendulum de la vulve. Thèse de Paris 1898, Nr. 545. 63 Seiten. 3 Textfiguren.

Sieben Beobachtungen von Fibroma molluscum der Schamlippen. Sitz fast stets die grossen, in einem Falle auch die kleinen Schamlippen. Chirurgische Entfernung der Geschwülste. Kuznitzky (Köln).

Syphilis der Haut, Schleimhaut etc.

Colombini, P. Histologische Mittheilung über einen Fall von Osteosclerosis syphilitica des Stirnbeins. — Monatshefte f. prakt. Dermatol. Bd. 29.

Der 29jährige Patient Colombini's hatte 9 Jahre nach der sehr bösartig einsetzenden Infection mit Syphilis ein über den ganzen Körper ausgebreitetes, pustulo-ulceröses, rupiaförmiges Syphilid, Ulcerationen der Nagelmatrix nach Abstossung der Nägel, ulceröse und tumorartige Processe an der Zunge. Der Erfolg der Jodquecksilberbehandlung war ein sehr geringer. Patient verliess die Klinik, um nach kurzer Zeit wiederzukehren und dann kachektisch zu Grunde zu gehen. — Section ergab neben beginnender Leberatrophie, Enteritis etc. interessante Veränderungen am Schädel. Die Innenfläche des Stirnbeins zeigte auffallende, nach der Peripherie abnehmende Verdickung. Die sehr erweiterten Stirnhöhlen reichten über die ganze Länge des Orbitalgewölbes; an der dicksten Stelle des Knochens sah man links und rechts je eine Vertiefung, Einfrank- bezw. Zweifrankstückgross mit kleinen knöchernen Erhabenheiten am Grunde. Der neugebildete Knochen bestand aus fein porösem, reich vascularisirtem Gewebe. Die mikroskopische Untersuchung derselben ergab, dass die neugebildeten Knochenlamellen theils geschlängelt verlaufen, ohne bestimmte Richtung der Lagerung, andere bilden in der Umgebung grosser Markräume eigenthümliche Figuren, wieder andere umkreisen die ganz unregelmässigen Haversischen Canäle, noch andere zeigen mehr oder weniger vollständig eliptische Figuren, der Gestalt und Grösse der Haversischen Canäle entsprechend. Die Knochenlamellen färben sich nicht gleichmässig, indem die den Markräumen zunächstgelegenen intensiver gefärbt sind, als die mehr peripheren, die auch viel deutlicher erscheinen. Die Haversischen Canäle sind ziemlich weit, ihre Grenzlinien aber nicht durchwegs scharf. Sowohl sie, wie die Markräume sind mit embryonalem Marke angefüllt. Der Process ist Effect einer chron. Ostitis; die die Osteophyten tragenden und in der Umgebung



Knochensclerose zeigenden Einsenkungen am Stirnbein weisen darauf hin, dass hier zwei gummöse Herde bestanden, die käsig degenerirten und resorbirt wurden, während sich in ihrer Umgebung eine reactive Osteosclerose ausbildete. Neben der gummösen Ostitis bestand auch condensirende Ostitis, Osteosclerose, analog den chron. syphilitischen interstitiellen Proliferationen des Bindegewebes in anderen Organen. Die Intensität des Knochenprocesses, sowie die auffallende Anpassung des Gehirns an die abnormen Raumverhältnisse (es bestanden keine functionellen Störungen) lassen Verfasser den Fall als bemerkenswerth erscheinen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Mibelli. Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. XXX.

Mibelli konnte bei einem syphilit. Individuum 8 Jahre nach der Infection neben tuberösem Syybilid und Leukoderm am Halse, am Rumpfe und an den Oberarmen achromatische Maculae constatiren, die sich von der benachbarten Haut durch ihr weisseres, glänzendes Aussehen und durch ihre scharfen Contouren abhoben. Manche der Flecke überragen das Niveau, andere sind flach oder eingesunken. Durch Zug wird die Oberfläche glatt und gleichförmig, bei Nachlassen des Zuges feinst gerunzelt. Während einer 10monatl. Beobachtung sah Mibelli keine Veränderungen, aber auch keine neuen Makeln auftreten. Die beschriebenen Hautveränderungen stellen einen Fall von partieller Hautatrophie dar in Form kleiner, umschriebener Herde (Striae, Maculae atrophicae). Was die Art der Entstehung dieser Veränderungen betrifft, so glaubt Mibelli, dass dieselben nicht Reste syphilitischer Hauteruptionen sind. Die histologische Untersuchung ergab eine Unregelmässigkeit des Leistensystems mit Verdünnung und Undeutlicherwerden der interpapillären Fortsätze. Im Centrum der atrophischen Plaques sind die collagenen Fasern etwas gewunden und in ihrem Zusammenhang gestört. Das elastische Fasernetz ist verdünnt, Zellinfiltration um die Blutgefässe. Die elastischen Fasern sind 3 oder 4 mal dünner, färben sich weniger intensiv, verlaufen gerade. Eine Ruptur der Fasern liess sich nicht constatiren.

Elacin liess sich mit den Unna'schen Methoden nicht nachweisen. Dagegen fanden sich collagene Fasern mit ausgesprochen basophilem Charakter. Die weisse Farbe der Efflorescenzen beruht nicht auf Pigmentmangel, sondern ist wahrscheinlich der Rarefaction des Elastins zuzuschreiben. Da dieses eine gelbliche Färbung hat, tritt in Folge Schwundes desselben die schneeweisse Farbe des collagenen Gewebes stärker hervor. Auf der Verdünnung des Elastins beruht die Schlaffheit der Haut. Mibelli glaubt, dass die atrophischen Flecke eine gewisse Analogie mit den Unna'schen Neurosyphiliden erkennen lassen und dass das Nervensystem bei ihrer Entstehung eine Rolle spielt. Er möchte für sie die Bezeichnung „atrophische" oder „atrophirende" Neurosyphilide vorschlagen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Mounier. La syphilis nasale mécomme. La Médicine moderne. 1900. Nr. 42. pag. 332.



Auf Grund einer Reihe klinischer Beobachtungen schliesst Mounier, dass man tertiäre luetische Erscheinungen der Nase finden kann, bei denen man den Infectionsherd nicht entdeckt hat, und dass man bei zweifelhafter Diagnose, wenn es sich um Nasengeschwülste oder -Geschwüre handelt, zu einer intensiven Quecksilberbehandlung greifen muss.

Juliusberg (Breslau).

Oulmann, Ludwig. Beitrag zur Kenntniss der Glossitis luetica. Inaug.-Diss. Würzburg. 1897.

Der Patient Oulmann's, ein 38jähriger Oekonom, hat seine Lues vor 11½ Jahren acquirirt und behandelt. Nach 3 Jahren sehr hartnäckige Orchitis sinistra und 3 Jahre später Beginn der Zungenaffection, die sich zur Zeit der Beobachtung so stark entwickelt hatte, dass Patient im Sprechen behindert war und nur schwer die Speisen nach dem hinteren Rachen fortschaffen konnte. Die Zunge war in der Mittelfläche etwas vernarbt, die Oberfläche meist glatt und — rechts etwas höher wie links — gleichmässig verdickt. Ungefähr in der Mitte der Zunge am Rande der Narbe befand sich eine Delle, die davon herrührte, dass dort die Knoten einen normalen Theil der Zunge umschlossen, der nicht hypertrophisch entwickelt war. Der ganze Rand der Zunge war stark geschwollen, mit derben Knoten durchsetzt. Ausserdem war er durch Druck auf die Zähne eingekerbt; diese waren meist cariös und mussten grösstentheils entfernt werden. Ulcerationen hatte Patient keine auf der Zunge, die in der Farbe normal war. Keine Schwellung der Speichel- und Cervicaldrüsen. Pat. war mässiger Trinker und Raucher. Fast vollständige Heilung auf Jodkali.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.)

Lublinsky, W. Die Syphilis der Zungentonsille nebst Bemerkungen über ihr Verhältniss zur glatten Atrophie der Zungenbalgdrüsen. Dtsch. Med. Woch. 15. 1900.

Nach seinen Beobachtungen gelangt Lublinski zu folgendem Resultat: Ein Zusammenhang zwischen der Atrophie der Zungenbalgdrüsen und der Syphilis besteht insofern, als eine glatte Atrophie derselben bei der oberflächlichen sclerosirenden, eine ebensolche mit, wenn auch oft nur leichter Narbenbildung, bei der gummösen ulcerösen Erkrankung des Zungengrundes vorkommt. Immer aber handelt es sich nur um tertiäre Lues, da die secundäre an diesen Theilen niemals mit dem Spiegel sichtbare Veränderungen zurücklässt. Ohne diese auf Spätsyphilis zurückzuführende locale Erkrankung kommt eine Atrophie der Zungenbalgdrüsen bei dieser nicht vor, es sei denn, dass unabhängig von dem syphilitischen Localprocess, ebenso wie im höheren Alter bei manchen Fällen von Atrophie des lymphatischen Apparates der oberen Wege, bei manchen Fällen von Tuberculose, schwerer Anämie und Chlorose aus bisher unbekannten Gründen auch bei der Syphilis eine (gemeine) glatte Atrophie der Zungenbalgdrüsen auftritt, die höchstwahrscheinlich klinisch, möglicherweise auch anatomisch, von der syphilitischen im engeren Sinne zu unterscheiden ist. Ihm sind solche Fälle bisher nur zweimal aufgestossen, aber undenkbar wäre es nicht, dass bei Durchmusterung eines sehr grossen

Materials von früher syphilitischen Personen sich in Folge des Allgemeinprocesses ein solcher Schwund der Zungenbalgdrüsen häufiger beobachten lässt. Pathognomonisch für überstandene Lues sei derselbe aber nicht.
Max Joseph (Berlin).

Schuchardt, K. Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Mastdarmgeschwüre. Virchov's Archiv. 1898.

Der Verfasser ist der Ansicht, dass die Syphilis, vielleicht in einigen Fällen die Gonorrhoe die Ursache der Mastdarmgeschwüre sei; die von vielen Autoren beschuldigten Traumen durch Klysmen, Koprostase scheinen ihm nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Mehrere vom Verfasser operirte Fälle gaben ihm Gelegenheit zu histologischen Untersuchungen. Ueber einen Fall berichtet er näher. Er exstirpirte bei einer vor $2^1/_2$ Jahren inficirten Frau das Rectum. Aus technischen Gründen konnte nicht alles Krankhafte entfernt werden. Der Process schritt weiter, 3 Jahre post operationem starb die Frau an Sepsis in Folge einer Periproktitis. Die histologische Untersuchung bestätigte Rieder's Angaben. Die Schleimhaut ist in Granulationsgewebe verwandelt, von Lücken durchsetzt, die Verfasser als Bluträume ohne Wandung anspricht, ihr Inhalt ist Fibrin. In der Submocosa perivasculäre Entzündung, Gummen mit Riesenzellen, sowie zahlreiche elastische Fasern, welche besonders zahlreich im darunter liegenden fibrösen Bindegewebe zu finden sind. Fritz Porges (Prag).

Steinberg, J. Du pseudorhumatisme syphilitique. Thèse de Paris. 1898. Nr. 564. 47 Seiten.

Die rheumatischen Beschwerden, die in der Secundärperiode der Syphilis gelegentlich beobachtet werden, unterscheiden sich vom echten Rheumatismus in folgenden Punkten:

Die Patienten weisen stets gleichzeitig secundär syphilitische Symptome auf (Drüsenschwellungen, Schleimhautsyphilide, Kopfschmerzen u.s.w.).

Die Gelenkschwellung ist gewöhnlich gering, die Röthung ist entweder weniger ausgesprochen als beim echten Gelenkrheumatismus, oder er fehlt sogar ganz.

Die Schmerzhaftigkeit weist nächtliche Exacerbationen auf.

Während bei Gelenkrheumatismus die Affection von Gelenk zu Gelenk springt, und sehr wechselt, zeichnen sich die secundärsyphilitischen Gelenksymptome durch Beständigkeit aus.

Das Herz, dessen Serosa bei Gelenkrheumatismus fast stets in Mitleidenschaft gezogen wird, geht hier immer frei aus.

Die vom Pseudorheumatismus syphiliticus befallenen Patienten sind weder hereditär, noch persönlich zu Rheumatismus veranlagt.

Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung bringt die Symptome schnell und leicht zum Schwinden.]

Literaturangaben und Mittheilung von drei einschlägigen Krankengeschichten aus der Klinik von Dr. Galliard. Kuznitzky (Köln).

Thelberg, Martin A. H. Treatment of Anal Chancroids. New-York Medical Journal. LXXI. 822. Mai 26. 1900.



Thelberg empfiehlt namentlich bei ausgedehnteren weichen Schankern des Anus und seiner Falten digitale Erweiterung der Sphinkter unter Narkose, ausgiebige Cauterisation aller Geschwüre, namentlich der die Schleimhaut unterminirenden vermittelst des Paquelin, dann Einreiben von Orthoform in die Wunde. Hierauf wird eine ziemlich weite Drainageröhre mit Jodoformgaze umwickelt und mit Orthoform bestäubt in die Afteröffnung eingeführt und dort liegen gelassen. Nach 3 Tagen unter Stuhlverhaltung Klystier von Ricinusöl und salinisches Abführmittel; darauf Suppositorien mit 10% Orthoform. In einigen Fällen musste die Cauterisation wiederholt werden, in andern wurden nach der Cauterisation die Wundränder durch Chromcatgutsuturen einander genähert.

H. G. Klotz (New-York).

Viscerale Syphilis.

Audry. Ueber einige Einzelheiten der Structur des syphilitischen Hodens. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. 30.

Die Untersuchung eines syphilitischen Hodens ergab neben den gewöhnlichen Befunden, der Verdickung der Albuginea, der intertubulären Sclerose, der cylindrischen Metaplasie der Epithelien der Samencanälchen, der Veränderungen der Blutgefässe u. s. w. eine sehr geringe Zahl wahrer Gummen neben ausgedehnten Flächen einer ischämischen und aseptischen Nekrose. Die letztere ist zu beziehen auf die Verödung der Gefässe, sie hat eine rein mechanische, von dem Syphilisvirus unabhängige Ursache. Die Zellen der Samencanälchen werden durch die intertubuläre Sclerose theilweise erstickt; daneben finden sich aber runde, kugelige Zellen mit regelmässiger, zarter Contour, leicht gekörnt, kleinen, ziemlich gut färbbaren Kernen, eingelagert in längliche Maschen. Die letzteren sind bisweilen auch ausgefüllt von einer colloiden, röhrchenförmigen Masse mit Vacuolen am Rande. A. glaubt, dass dies Epithelialzellen der Samencanälchen sind, im Zustande parasyphilitischer, degenerativer Atrophie.

Ludwig Waelsch (Prag).

Heuzard, R. De la phlébite syphilitique. Thèse de Paris 1898, Nr. 179. 82 Seiten.

Verf. unterscheidet zwischen secundärer und tertiärer Phlebitis. Beide localisiren sich mit Vorliebe an den unteren Extremitäten. Die secundär-syphilitische Phlebitis tritt acut oder subacut auf und reagirt prompt auf specifische Behandlung. — Die tertiäre Phlebitis hat chronischen Verlauf und kann localisirt (gomme veineuse) oder verallgemeinert (phléboselérose) vorkommen. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig; die Behandlung muss eine locale und allgemeine sein und dauert durchschnittlich zwei Monate. — Bericht über 22 Beobachtungen, die zum Theil der Literatur entnommen sind.

Kuznitzky (Köln).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Blaschko, A. Hygiene der Prostitution und venerischen Krankheiten. Gustav Fischer. Jena 1900.

Blaschko, aus dessen Feder schon mehrfache ausgezeichnete Publicationen über die jetzt so actuelle Prostitutionsfrage stammen, hat es unternommen, in der vorliegenden Arbeit, welche die 40. Lieferung des Weyl'schen Handbuchs der Hygiene darstellt, neuerdings zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Er thut dies in gründlicher, ganz objectiver Darstellung, welche eine Fülle emsig zusammengetragener, interessanter Details aufweist, und tiefe Literaturkenntniss, Kenntniss der einschlägigen socialen Verhältnisse mit anziehender, fliessender Darstellung verbindet.

Nach einer Einleitung, in welcher die Geschlechtskrankheiten, ihre Prognose und Verbreitungsweise kurz dargestellt werden, entwirft Blaschko auf Grund eingehender, statistischer Studien ein anschauliches Bild von der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten auf der Erde, speciell in Europa. Auf Grund der Erkrankungsziffern der Armeen der einzelnen Staaten findet er, dass Dänemark, Deutschland, die deutschredenden Theile Oesterreichs und die Schweiz diesbezüglich am besten gestellt sind. In zweiter Reihe kommen Belgien, Frankreich, Spanien, Portugal, Nord- und Mittelitalien. Am ungünstigsten liegen die Verhältnisse in Süditalien, Griechenland, Türkei, Russland und England. Aus den skandinavischen Ländern, in welchen die Mehrzahl der venerischen Kranken auf Staatskosten in den Krankenhäusern verpflegt wird, liegt die nach Blaschko einzig brauchbare Statistik, und zwar aus Norwegen und Dänemark vor. Aus derselben ergibt sich, dass die venerischen Erkrankungen in Kopenhagen das Vielfache betragen der auf dem platten Lande und in den Provinzstädten. Dieselben haben innerhalb der letzten Jahre in Kopenhagen erheblich abgenommen, und zwar hauptsächlich das ulc. molle (um die Hälfte), ferner die Gonorrhoe, endlich die Syphilis. Die Gonorrhoe beträgt sowohl in der Provinz, als auch in den Hauptstädten fast 70% aller Geschlechtskrankheiten. Sondert man die Erkrankungsziffer nach dem Geschlecht und den Altersgruppen, und setzt sie dadurch in Beziehung zu jenen Volksgruppen, welche der Infectionsgefahr hauptsächlich unterliegen, so ergibt sich, dass in Kopenhagen alljährlich durchschnittlich 16—20% der hauptsächlich gefährdeten jungen Leute zwischen 20 und



30 Jahren erkranken, und zwar an Gonorrhoe Einer von acht, an Lues Einer von fünfundfünfzig.

Die Zeitdauer, innerhalb welcher eine solche Infectionsgefahr vorhanden ist, ist für die verschiedenen Bevölkerungsschichten verschieden; sie dürfte bei den Angehörigen der besitzenden Classe, welche in der Regel nicht vor dem 30. Lebensjahre heiraten, 10 Jahre betragen. In diesen 10 Jahren würden sich also mit Gonorrhoe inficiren von hundert: 119, d. h jeder durchschnittlich einmal, manche mehrfach; an Lues 18 oder Einer von 5·5.

Diese Kopenhagener Zahlen lassen sich nach Blaschko mit kleinen Abweichungen als Prototyp der Verhältnisse in irgend einer modernen Grossstadt ansehen.

In der Stadtbevölkerung selbst finden sich zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Bevölkerungsschichten sehr grosse Unterschiede. Am verwerthbarsten sind die diesbezüglichen Heeresstatistiken, deren Zahlen deswegen besonderes Interesse verdienen, weil es sich hier um lauter jugendliche, geschlechtsreife, zumeist unverheiratete Individuen im Alter von 20—25 Jahren handelt. Man kann aber diese Armeezahlen gerade aus diesem und auch aus anderen Gründen nicht als sicheren Gradmesser für die Verbreitung der venerischen Erkrankungen in der Gesammtbevölkerung ansehen, da andere Berufsgruppen ganz andere Zahlen aufweisen.

Deutlichere Bilder lieferten Blaschko die Erkrankungen der jungen Kaufleute (gewonnen aus den Büchern einer über ganz Deutschland verbreiteten kaufmännischen Krankencasse), welche hauptsächlich auf die Prostitution angewiesen sind. Darnach betrug 1893—1897 die Frequenz der venerischen Erkrankungen durchschnittlich 8—8·2% der Mitglieder der Cassa, und steigt in den Grossstädten auf das 2—3fache. Daran betheiligen sich Gonorrhoe mit 60—95%, Syphilis und Ulcus molle mit 25—30%. Es erkrankten vom 18.—28. Lebensjahre der hauptsächlichen Zeit des aussereheIichen Geschlechtsverkehrs an Gonorrhoe in Hamburg 103%, in Berlin 120%, in Breslau 200% (!) der Mitglieder; an Syphilis und Ulcus molle in Berlin 45%, in Magdeburg 64%, in Breslau 77% (!).

Die Arbeiter zeigen eine etwas höhere Erkrankungziffer als die Soldaten, welche beinahe von der der Studenten erreicht wird; von den letzteren erkrankten nach Blaschko venerisch 25%, eine Zahl, die aber in Wirklichkeit viel höher sein dürfte; dies beweist, dass in den höheren Gesellschaftskreisen die Erkrankungsziffern wesentlich zunehmen.

Alles in Allem ergibt sich, dass in Deutschland auf dem flachen Lande die venerischen Erkrankungen verhältnissmässig selten sind, dass sie aber in den grossen Städten, besonders in den letzten Jahren, bedeutend zugenommen haben.

Die Hauptquelle der venerischen Infection ist der aussereheliche Geschlechtsverkehr, besonders die Prostitution (81%). Von den männlichen venerischen Patienten der Poliklinik Blaschko's war $^1/_5$ verheiratet, von den weiblichen fast die Hälfte; die Ansteckung der Männer



fand fast ausschliesslich ausserhalb der Ehe statt, die der Weiber ausschliesslich in der Ehe.

In dem 3. Abschnitt schildert Verf. die allmälige Entwicklung der Prostitution und vertritt den zutreffenden Standpunkt, dass nicht das Angebot das Bedürfniss nach der Prostitution erzeuge, sondern dass umgekehrt die Nachfrage das Angebot hervorrufe; es müssen daher alle Massregeln, welche auf Verringerung des Angebotes hinzielen, erfolglos bleiben, so lange nicht eine Besserung der wirthschaftlichen Verhältnisse den jungen Männern die frühzeitige Ehe gestattet; hiezu kommt noch, dass das Angebot der Frauen durch deren elende Erwerbsverhältnisse begünstigt und gesteigert wird. Trotzdem scheint sich hier in der letzten Zeit ein Umschwung zum Besseren vorzubereiten, indem Blaschko constatiren konnte, dass in den letzten Jahren die arbeitende weibliche Bevölkerung Berlins weniger Material für die gewerbsmässige Prostitution lieferte. Er sieht in den schlechten, äusseren Verhältnissen den Hauptgrund für die Prostitution, und negirt für die überwiegende Zahl von Dirnen die Anschauung Lombroso's und Tarnovsky's von der „geborenen Prostituirten".

In dem Capitel „Die Prophylaxe der venerischen Erkrankungen" schildert Blaschko nach einem der allmäligen Entwicklung dieser Prophylaxe gewidmeten historischen Ueberblick, die in den verschiedenen Staaten und Städten in verschiedener Weise geübte Reglementirung und bespricht die Resultate derselben. Der Umstand, dass gewöhnlich die Aufgegriffenen, nicht unter Controle stehenden Puellae, häufiger virulente Geschlechtskrankheiten aufweisen, beweist nach Blaschko noch nichts für die Wirksamkeit der Controle; denn die unter derselben stehenden sind zum grossen Theil ältere Prostituirte, theils gegen Lues schon immun, theils seltener an Gonorrhoe erkrankend. Gerade bei den Aufgegriffenen finden sich häufig unerfahrene Anfängerinen und solche, welche sich krank wissend, der Controle zu entschlüpfen trachten. Eine wirkliche Vorstellung über die Frequenz der venerischen Erkrankungen der Controle-Mädchen lässt sich nach Blaschko nur erzielen auf Grund der Sperk-schen Zählkarten, welche neben dem Nationale das Datum des Eintrittes unter die Controle, das Datum, Dauer und Art der jeweiligen Erkrankung enthält; diese Methode ergibt, dass vorwiegend die jüngeren Jahrgänge an Lues erkranken, und daher die Bordelle mit ihrem sich immer wieder erneuerndem Material Verbreitungspunkte der Syphilis darstellen; weiters fand sich, dass die sanitären Zustände in den Bordellen viel weniger abhängig sind von der Strenge und Häufigkeit der Untersuchung, als von der socialen Stellung der Besucher und den Lebensgewohnheiten der Insassen.

Die Prostituirten erkranken, sofern sie nicht schon vor Eintritt unter die Controle erkrankt waren, zum grössten Theile im 1. Jahre ihrer Thätigkeit; man dürfte daher, will man die Wirksamkeit der Controle erproben, nur diesen ersten Jahrgang mit den gelegentlich aufgegriffenen nichtcontrolirten vergleichen. Sehr gross würde aber, wie Blaschko



meint, der Unterschied zu Gunsten der Controlirten sicher nicht sein. Zur Entscheidung der Frage über den Nutzen der Controle ist man angewiesen auf die Beobachtung der Beeinflussung des Gesundheitszustandes der männlichen Bevölkerung durch die Reglementirung. Dies suchte man zu entscheiden durch Eruirung der Infectionsquellen, eine Statistik, der zahlreiche Fehler anhaften; ferner durch Vergleich der Erkrankungsziffern der männlichen Bevölkerung in Ländern und Orten mit und ohne Controle, und in solchen, wo eine Controle eingeführt, oder eine bestehende aufgehoben worden war.

Blaschko findet nun auf Grund seiner Untersuchungen, dass die statistischen Daten aus den verschiedensten Staaten und Städten Europas mit und ohne Reglementirung keinen deutlichen Einfluss derselben auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der männlichen Bevölkerung erkennen lassen; eine solche Einwirkung ist hie und da möglich, aber die Veränderungen in der Erkrankungsziffer, welche durch die An- und Abwesenheit der Reglementirung bedingt werden, können fast überall nur so gering sein, dass sie neben den Schwankungen, welche durch andere wirksamere Factoren bedingt werden, gar nicht oder nur sehr undeutlich zum Ausdruck gelangen. Die Resultate der Reglementirung können offenbar in sanitärer Beziehung nur äusserst dürftig sein, keinesfalls entsprechen sie dem Aufwand von polizeilicher und ärztlicher Arbeit, die der Reglementirung gewidmet wird, und dem umfangreichen Beamtenapparat, der heute mit dieser Ueberwachung beschäftigt ist.

Die mangelhaften Erfolge der Reglementirung lassen sich auf mehrere Momente zurückführen, vor allem auf die Mängel der Einschreibung, da die Polizei nicht alle Puellae einschreiben kann und darf, und es auch in vielen Fällen nicht thun will. Die Untersuchung der aufgegriffenen Dirnen würde ein viel dankbareres Feld liefern, und doch hält die Polizei an der Reglementirung und Controle fest, aber nicht aus Gründen der Hygiene, sondern wegen der Beziehung der gewerbsmässigen Prostitution zur Verbrecherwelt. Die mangelhaften Erfolge der Reglementirung sind aber auch bedingt durch die Mängel der Untersuchung, welche fast überall zu selten, rasch und flüchtig vorgenommen wird, von Aerzten, welche keine specialistische Ausbildung genossen haben, in ungünstigen Untersuchungslocalen, auf Grund völlig verfehlter Principien. An den fragwürdigen Erfolgen der Reglementirung tragen auch die Mängel der Behandlung, besonders die zweifelhaften Erfolge der weiblichen Gonorrhoe-Therapie grosse Schuld. Die Reglementirung hat zudem auch noch gewisse ungünstige Nebenwirkungen, besonders dadurch, dass sie in den Händen der Polizei liegt.

In dem Abschnitt „Assanirung der Prostitution" weist Blaschko mit Nachdruck darauf hin, dass sich zwar durch eine Einschränkung der Prostitution überhaupt auch eine Einschränkung der venerischen Erkrankungen erzielen liesse, aber nur dann, wenn man gleichzeitig Angebot und Nachfrage vermindert durch Hebung der Lebensbedingungen. Eine vollkommene Ausrottung der Prostitution ist heute und auf absehbare



Zeit unmöglich, und auch die verschiedenen, mehr oder weniger vernünftigen Vorschläge der verschiedenen Autoren lassen diese nicht in befriedigender Weise lösen. Die Abschliessung der Erkrankten in Asylen verwirft B., da die dadurch entstandenen Lücken in der Zahl der Dirnen sofort wieder aus der nicht gewerbsmässigen Prostitution ersetzt würden; es würde daher nicht zu einer Verminderung, sondern zu einer Vermehrung der Prostitution kommen.

Blaschko hält für eine Vorbedingung der rationellen, gesundheitlichen Ueberwachung der Prostitution die völlige Aufhebung der Sittenpolizei, ebenso wie die der Einschreibung, die ganz überflüssig ist; damit müsste Hand in Hand geben die Straflosigkeit der Prostitution, sofern sie nicht direct ein öffentliches Aergerniss gibt, und die Straflosigkeit jeder einfachen, nicht qualificirten Kuppelei.

Die Prophylaxe muss vor Allem darnach streben, der jungen Prostituirten habhaft zu werden, welche die jetzige Art der Reglementirung direct verscheucht. Alle erkrankten Weiber sollen Gelegenheit finden, sich freiwillig untersuchen und behandeln zu lassen; zwangsweise sollte dies nur geschehen nach erfolgter Anzeige, dass die Prostituirte eine Ansteckung verbreite oder, wenn sie wegen eines Vergehens gegen die Sittlichkeit unter Anklage steht. Sind die Puellae krank befunden, so wären sie einer zwangsweisen Behandlung zu unterwerfen, und nach ihrer Entlassung so oft und so lange zu untersuchen, als es der Arzt für nothwendig erachtet. Die Untersuchung selbst müsste ihres polizeilichen Charakters entkleidet und in einen ärztlichen Act umgewandelt werden. Mit der Untersuchung wäre bei geeigneten Fällen die ambulante Behandlung zu verbinden.

Um eine Prophylaxe auch in den anderen Bevölkerungsschichten zu erzielen, müssten die Erkrankten während der Dauer der Ansteckungsfähigkeit das Krankenhaus aufsuchen und ihnen der Eintritt in dasselbe im Gegensatz zu der jetzt geübten Praxis auf jede Weise erleichtert werden. Die Behandlung müsste eine unentgeltliche sein. Durch Einrichtung von Ambulatorien in Verbindung mit Krankenhäusern, die überall durchgeführt werden müsste, liesse sich nach der Entlassung die weitere Beobachtung der Kranken und deren Behandlung leicht fortführen. Zwangsmassregeln oder Strafbestimmungen gegenüber Venerischen haben als wirkungslos zu unterbleiben. Sehr wirksam wäre Aufklärung des Volkes über die Gefahr der venerischen Erkrankungen durch Vorträge und Schriften, ferner Aufklärung der Kranken selbst über die Tragweite ihres Leidens. Endlich müsste auch bei der Ausbildung der Aerzte grösseres Gewicht als dies bisher geschehen, auf die Erlangung tüchtiger praktischer Kenntnisse der venerischen Erkrankungen gelegt werden.

Die Durchführung der Vorschläge Blaschko's würde sicher eine bessere Hygiene der Prostitution anbahnen. Leider dürften aber dieselben bei der Scheu der leitenden Kreise, an diese „heikle" Aufgabe mit den nöthigen radicalen Mitteln heranzutreten, eben nur Vorschläge bleiben,

ebenso wie die gedeihliche Lösung der Prostitutionsfrage noch für absehbare Zeit hinaus eine offene Frage bleiben dürfte.

Ludwig Waelsch (Prag).

Ledermann. Therapeutisches Vademecum der Haut und Geschlechtskrankheiten. Oskar Coblentz, Berlin 1901.

Nach einer einleitenden Besprechung der Hygiene der Haut und den verschiedenen Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten, folgt eine Zusammenstellung der gebräuchlichen Medicamente, sodann in einem „speciellen Theil" die kurze Angabe der Therapie bei den einzelnen Erkrankungen, wodurch sich das kleine Büchlein für den praktischen Arzt sehr nützlich erweisen wird. Fritz Porges (Prag).

Schulz, Carl Theodor. Neue Bahnen im Geschlechtsverkehre. (Ein Beitrag zur Lösung der Prostitutionsfrage.) Arends & Mossner, Berlin 1900.

Es ist kein Arzt, der in der obengenannten Schrift, wie der Titel so vielversprechend sagt, „neue Bahnen" im Geschlechtsverkehre weisen will, jedoch ein Autor, der bereits mit mehreren Arbeiten ähnlicher Art vor die Oeffentlichkeit getreten ist, und jedenfalls einen gründlichen Einblick in die einschlägige Literatur gethan hat. Der Verfasser fühlt sich, wie er selbst betont, nicht berufen, „einen wohlgeebneten Weg zu weisen, der hinausführt aus dem geschlechtsverkehrlichen Schlamme der Gegenwart", glaubt aber auf Grund seiner Lebenserfahrungen und seit dem 16. Lebensjahre gemachten Beobachtungen im Stande zu sein, einen solchen Weg andeuten zu können oder wenigstens von der Nothwendigkeit neuer Bahnen im Geschlechtsverkehre zu überzeugen.

Nach Aufzählung der mannigfachen Ursachen, welche die Prostitution beim weiblichen Geschlechte herbeiführen, andererseits der Verhältnisse, die das Bestehen derselben für das männliche Geschlecht nothwendig erscheinen lassen, kommt Schulz auf jene Momente zu sprechen, welche das Prostitutionsübel und die in seinem Gefolge auftretenden venerischen Krankheiten zu vermindern im Stande wären. Als wichtigen Factor sieht er die Ermöglichung der Frühehe bei jungen Männern an. Freilich sind die socialen Verhältnisse heutzutage derart, dass die Möglichkeit einer solchen bei den meisten Männern nicht in Betracht gezogen werden kann, und in Folge dessen muss die Prostitution als eine sociale Nothwendigkeit hingestellt und vom Staate nicht nur überwacht, sondern auch nach Verfassers Ansicht in der Weise strenge geregelt werden, dass nicht nur die Prostituirten einer gründlichen Controle unterworfen würden, sondern dass auch die prostituirenden Männer einer vorherigen obligatorischen Untersuchung unterzogen werden müssten. Bezüglich der Controle der Prostituirten tritt Schulz dem System der strafrechtlichen Internirung unbedingt entgegen, glaubt jedoch, dass eine Zwangsheilung bestehen müsse, auf Grund deren eine Internirung erfolgen könne. Es müsse da von vornherein dem Arzte eine Art polizeilicher Amtsbefugniss



zukommen, anstatt dass derselbe erst Gericht oder Polizei anrufen müsse, da ja in diesem Falle eine inficirte Prostituirte oft noch tagelang bis zu ihrer endlichen Internirung durch Ansteckung Unheil anrichten könne. Mit dem Gedanken einer Zwangsheilung würden sich auch die Prostituirten leichter vertraut machen, wenn dieselbe zugleich eine Gratisheilung in sich schliessen würde. Die Zwangsheilung denkt sich der Verfasser in einer „grösseren Heilanstalt mit dem Charakter des Arbeitshauses", die z. B. in Berlin Raum für ca. 2000 Kranke haben müsste, wie Blaschko, der freilich ein derartiges Asyl für etwas utopistisch ansieht, im Archiv für Dermatologie und Syphilis 1900 bemerkte. Um das „Heer bewaffneter Aufseher" für dieses Asyl entbehrlich zu machen, könnte dasselbe in der unmittelbaren Nähe einer Kaserne sich befinden, welche die Ueberwachung desselben übernehmen müsste. Die sonstigen Kosten liessen sich zum grossen Theile durch die von den Internirten geleisteten Arbeiten hereinbringen, insbesondere, wenn diese Anstalten auf dem Lande gelegen wären, wo der Landwirthschaftsbetrieb, sowie Obst- und Gartenbau den Internirten genügende und lohnende Beschäftigung geben würden. Der Verfasser glaubt, dass eine solcherweise hygienisch-pädagogisch geartete Anstalt die beste Vorstufe für die Rückkehr der Prostituirten ins bürgerliche Leben bilden würde, nicht nur durch die Gewöhnung an Arbeit, sondern auch, weil durch das Zusammensein mit etwa unschuldig inficirten, wirklich moralischen Internirten eine gewisse Veredlung der Prostituirten bewirkt werden könne. Ueberhaupt würde die Hebung des Prostitutionsberufes nicht nur im Sinne der Hygiene, sondern besonders der Moral am meisten zur Verminderung des Prostitutionsübels beitragen und gerade hierin sieht der Verfasser den Cardinalpunkt seiner „neuen Bahnen".

Robert Herz (Prag).

Varia.

Ehrung für Prof. Neisser. Wie nicht anders zu erwarten war, hat die vom Vorstande der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft eingeleitete schriftliche Abstimmung über Ort und Zeit des nächsten Congresses das Ergebnis geliefert, dass derselbe in Breslau, Pfingsten 1901, abgehalten werden soll.

Es ist dadurch in unzweideutiger Weise dargethan, dass nicht blos der Vorstand, sondern die gesammte Mitgliedschaft der D. D. G., die sich aus Vertretern der Dermatologie aller Länder zusammensetzt, gerade in diesem Augenblicke ihre Sympathie, Werthschätzung und Verehrung für Prof. Neisser zum Ausdrucke bringen will. P.

Vorträge über Syphilis und Gonorrhoe. Auf Veranlassung des preussischen Unterrichtsministers werden in der Berliner Charité unter lebhafter Betheiligung der ärztlichen Kreise Vorträge über Syphilis und Gonorrhoe abgehalten. Eröffnet wurden dieselben vom Generalarzte Schaper mit dem Vortrage: Zur Statistik der geschlechtlichen Krankheiten in der Charité; darauf folgten bisher die Vorträge von Prof. Lesser: Geschichte und allgemeine Pathologie der Syphilis. Dr. C. Bruhns: Die Erscheinungen der Syphilis; Stabsarzt Dr. Krulle: Ulcus molle und Bubo; Prof. Gerhardt: Syphilis einiger innerer Organe; Dr. C. Bruhns: Die Behandlung der Syphilis; Prof. König: Die Folgeerkrankungen der Gonorrhoe und ihre Bedeutung für die Chirurgie; Dr. O. Rosenthal: Ueber Erkrankungen des Herzens im Verlaufe der Syphilis und der Gonorrhoe; Dr. S. Munter: Die Verwerthung der Hydrotherapie bei der Behandlung der Syphilis und Gonorrhoe; Dr. A. Buschke: Pathologie und Therapie der Gonorrhoe.

Beweist diese äusserst dankenswerthe Intiative des preussischen Unterrichtsministeriums, dass sich die Regierung der hohen Bedeutung bewusst ist, welche dem Unterrichte in diesen für das Volkswohl so wichtigen Krankheiten innewohnt, so darf wohl erwartet werden, dass der Herr Unterrichtsminister es bei solchen palliativen, für die Ausbildung der Aerzte unzureichenden und verspäteten Massregeln nicht werde bewenden lassen, vielmehr dafür sorgen werde, dass an allen medicinischen Facultäten ordentliche Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten errichtet werden, damit die Aerzte noch vor ihrem Eintritte in die Praxis entsprechende Kenntnisse in diesen Fachgebieten besitzen und nachweisen. P.



Aerztecurse in Frankfurt a. M. Gleichfalls auf Veranlassung der preussischen Regierung werden in Frankfurt a. M. theoretische und klinische Curse für die Aerzte Frankfurts und Umgebung in diesem Winter abgehalten. Den Cursus über Hautkrankheiten, welchen der Oberarzt am städtischen Krankenhause Dr. K. Herxheimer besorgt, haben 90 Aerzte belegt, wieder ein schlagender Beweis für das Bedürfnis, welches schon in der Praxis befindliche Aerzte für ihre Ausbildung auf dem Gebiete unserer Fachwissenschaften empfinden. P.

Erklärung. In der Festschrift für J. Neumann hat R. Matzenauer eine Arbeit über „Impetigo contagiosa" publicirt. in welcher frühere Untersuchungen der unterzeichneten Autoren auffallender Weise nicht erwähnt werden. Um die Resultate unserer Arbeiten, soweit sie sich mit den Matzenauer'schen Ergebnissen decken, kurz hervorzuheben, haben wir nicht nur die klinische Identität von Impetigo contagiosa und I. circinata betont, nicht nur die Impfmethode, deren sich M. bedient, genau beschrieben, sondern auch dieselben Coccen wie Matzenauer nach uns (und andere Autoren vor uns) aus der I. c. reingezüchtet. Aber wir haben weiter diese Coccen durch vergleichende Züchtungen auf den verschiedensten Nährböden von den echten Staphylococcen zu differenziren gesucht und durch vergleichende Impfungen von Staphylococcen- und Impetigococcenreinculturen am Menschen wie am Kaninchen typische Differenzen festgestellt. Wenn daher Matzenauer am Ende seiner Untersuchungen sagt, dass „diese vergleichenden Controlversuche bisher ausständig sind", so ist ihm zugleich mit unseren Arbeiten auch die Thatsache entgangen, dass wir an dem Punkte, wo er mit seiner Arbeit aufhört, längst, und zwar, wie wir glauben, mit Erfolg weiter gearbeitet haben.

Dieses Uebersehen unserer Arbeiten ist um so befremdlicher, als unsere Arbeiten (Vortrag von Blaschko in der Berl. Dermat. Gesellsch. am 2. Mai 1899, abgedruckt in Unna's Monatsheften Bd. XXVIII, p. 639 und Dermatol. Zeitschrift Bd. VI, pag. 513 ff., ausführliche Arbeit von R. Kaufmann „Untersuchungen zur Aetiologie der Imp. contag.", Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, Band XLIX. pag. 297, 1899) also an Stellen publicirt sind, die jedem arbeitenden Dermatologen leicht zugängig sind.

A. Blaschko, Berlin. R. Kaufmann, Frankfurt a. M.

Antwort auf vorstehende Erklärung. Voranstehende Erklärung von Blaschko und Kaufmann könnte leicht den Anschein erwecken, dass ich absichtlich gerade eine der wichtigsten und neuesten Untersuchungen über den fraglichen Gegenstand verschwiegen hätte, was mir gewiss vollständig ferne lag. Andererseits dürfte die Zumuthung, dass ich eine im Archiv f. Dermat. u. Syphil. erschienene Original-

arbeit übersehen hätte, in Anbetracht meiner sonst ziemlich vollständigen Literaturangabe wohl von vornherein von der Hand zu weisen sein. In meiner neueren, seither erschienenen Arbeit: Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und der Impetigo contagiosa (Wr. klin. Wochenschr. 1900, Nr. 47) ist daher auch Kaufmann's Arbeit natürlich citirt. In meiner Monographie über Impetigo contagiosa dagegen, welche bereits im Sommer 1899 fertiggestellt und für die Festschrift Neumann bestimmt war, konnten aber die Untersuchungen Kaufmann's, welche erst im Herbst 1899 publicirt wurden, keine Besprechung mehr finden; konnte ich doch auch Unna's Impetigo-Arbeit, welche ein halbes Jahr vor Kaufmann's Mittheilungen erschienen ist, nur noch in einem besonderen Anhang besprechen! und aus dem gleichen Grunde sind die ebenfalls früher erschienenen Arbeiten von Boularau und Sabouraud nicht citirt. Aus den genauen Daten der angeführten Krankengeschichten in meiner Arbeit ist übrigens leicht ersichtlich, dass meine Untersuchungen zu gleicher Zeit ausgeführt sind, wie Unna's und Kaufmann's Untersuchungen. Also nicht die Untersuchung, sondern die Publication Kaufmann's ist früher erfolgt. Ueber die Ergebnisse meiner bereits im Sommer 1899 abgeschlossenen Untersuchungen habe ich ja auch auf der 71. Versammlung D. Naturf. und Aerzte zu München 1899 bereits einen Vortrag gehalten und meine diesbezüglichen mikroskopischen Präparate demonstrirt, also gewiss noch vor Kaufmann's Publication!

Wenn Blaschko und Kaufmann jetzt behaupten, bereits vor mir „die klinische Identität von J. contagiosa und J. circinata betont" zu haben, so entspricht das nicht den Thatsachen. Denn nach nochmaliger genauer Revision der vorläufigen Mittheilung Blaschko's, sowie der eingehenden Arbeit Kaufmann's finde ich kein Wort über die Existenz einer J. circinata, noch weniger über deren Identität mit J. contagiosa! Ich bin natürlich weit entfernt, für diese Identificirung ein Prioritätsrecht in Anspruch zu nehmen; das gebührt englischen Autoren; doch habe ich gegen den gegentheiligen Standpunkt Unna's, welcher beide Affectionen scharf von einander trennt, allerdings zuerst in München 1899, entschieden Stellung genommen.

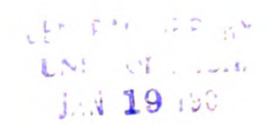
Wenn die beiden Autoren jetzt sagen, sie hätten auch schon „die Impfmethode, deren sich Matzenauer bedient, genau beschrieben", so kann ich dagegen nur darauf hinweisen, dass man dieselbe Methode auch in allen gebräuchlichen Hand- und Lehrbüchern der Bakteriologie beschrieben findet, zumal ich weder in meinen eigenen Versuchen, noch in dem Vorgehen der beiden Autoren irgend welche specifische Methode erblicken zu können glaube, vielmehr die Impfversuche nach den allgemein giltigen und üblichen bakteriologischen Grundsätzen ausgeführt sind.

Wenn endlich die beiden Autoren die Behauptung aufstellen, „sie hätten an dem Punkte, wo Matzenauer mit seiner Arbeit aufhört, längst und zwar, wie sie glauben, mit Erfolg weitergearbeitet", frage ich mich verwundert und vergeblich, was sie hiezu berechtigt! Denn Unna,

Kaufmann und ich haben, einer unabhängig von dem anderen, dieselben Coccen reingezüchtet, durch Impfung mit der Reincultur am eigenen Arm typische Impetigo-Blasen erhalten, und versucht, trotz der grössten morphologischen und culturellen Aehnlichkeit, die Staphylococcen von den Impetigococcen zu differenciren. Während aber Unna und Kaufmann glauben, Unterscheidungsmerkmale zwischen den beiden gefunden zu haben, kam ich selbst zu dem entgegengesetzten Endresultat, dass, wenn auch die beiden Coccenformen vielleicht von einander verschieden sein mögen, sie doch vorläufig nicht von einander mit Sicherheit abgegrenzt werden können. Kaufmann und Blaschko haben also den gleichen Gegenstand nicht etwa von einem neuen, weiteren Gesichtspunkt bearbeitet, sondern von dem genau gleichen, wie Unna und ich. Ich wiederhole hier nochmals, dass ich die von Unna und Kaufmann angeführten Unterscheidungsmerkmale zunächst jedenfalls einer wiederholten, sehr objectiven Nachprüfung für recht bedürftig halte.

Die von mir geforderten „vergleichenden Controlversuche" sehe ich noch immer „ausständig", auch jetzt noch nach Blaschko's Vortrag und Kaufmann's ausführlicher Arbeit.

R. Matzenauer, Wien.



Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg — Prof. Doutrelepont, Bonn — Prof. Kaposi, Wien — Prof. Lesser, Berlin — Prof. Neisser, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

LIV. Band, 2. u. 3. Heft.



Mit elf Tafeln.

Wien und **Leipzig.**

Wilhelm Braumüller,

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

1900.

Ausgegeben December 1900.

Inhalt.

Seite

Original-Abhandlungen.

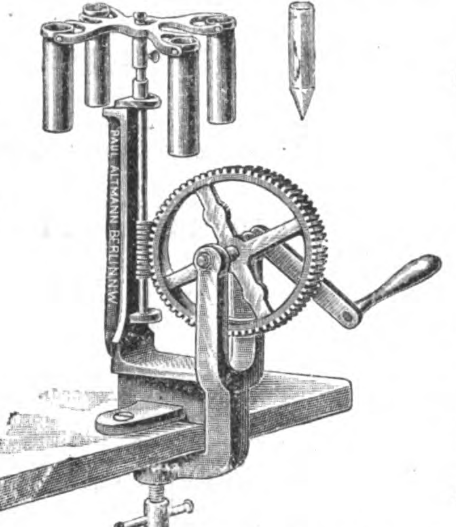
Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

PAUL ALTMANN,

Luisenstrasse 47 BERLIN 47 Luisenstrasse

Complete Einrichtungen von chemischen Laboratorien in medicinischen Kliniken und Krankenhäusern.

Apparate für Kjeldahl'sche Stickstoffbestimmung etc. etc.



Alle Apparate für bakteriologische und mikroskopische Laboratorien.

Apparate für klinische Mikroskopie.

Farbstoffe in Substanz und Solution nach Vorschrift der Autoren etc. etc.

Zweckmässigste und billigste **Harn-Centrifuge.** Preis 45 Mk.
Ausführliche, illustrirte Preislisten.

Farbenfabriken

vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Abtheilung für pharmazeutische Producte.

Protargol

organisches Silberpräparat
zur

Gonorrhœ- u. Wundbehandlung,

sowie für die Augentherapie.

Hohe bactericide Eigenschaften bei grösster Reizlosigkeit.

Aristol

Hervorragendes Vernarbungsmittel.

Besondere Indicationen:
Brandwunden, Ulcus cruris, Epididymitis, Furunculosis, Epithélioma, Lupus exulcerans, venerische Geschwüre, parasitäre Eczeme, Ozaena, Psoriasis.

Anwendung: als Pulver mit oder ohne Borsäurezusatz und in 5—10% Salbe.

Europhen

Ersatz für Jodoform in der kleinen Chirurgie.

Mit grossem Vorteil verwendet bei:
Ulcus molle, Bubonen, Condylomata lata, Gonorrhœa cervicis, syphilitischen Ulcerationen, Operationswunden, scrophul. Geschwüren, Brandwunden.

Anwendung in Pulverform: Europhen, Acid. boric. pulv. a. p. aequ., als 3—5% Salbe und als Collodium spec. für Schnittwunden.




Digitized by Google



K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.

